

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
PAR

51

SAMBRON Joseph-Jean
Né le 8 Octobre 1904, à Pont-Château (Loire-Inférieure)

LES CHEILITES GLANDULAIRES

*Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur
Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Pitié*

Travail du Service de M. le Docteur TOURAINE

Chez Victor DEGRANGE
28, rue Serpente
(Hôtel des Sociétés Savantes)
PARIS (6°)

1937

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
PAR

SAMBRON Joseph-Jean
Né le 8 Octobre 1904, à Pont-Château (Loire-Inférieure)

LES CHEILITES GLANDULAIRES

*Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur
Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Pitié*

Travail du Service de M. le Docteur TOURAINE

Chez Victor DEGRANGE
28, rue Serpente
(Hôtel des Sociétés Savantes)
PARIS (6°)

1937



Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLABET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Et.)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Just.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri) .	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTTE	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAULLEY-BERT.	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
PHILIBERT	Parasitologie.
	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ...
AUBERTIN
BRULÉ
CHABROL
CHIRAY
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR - VALLE-
RY-RADOT
SÉZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROcq
CADENAT
GATELLIER
HEITZ-BOYER ...
MOURE
QUENU
SCHWARTZ
VELTER

Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE
GUÉNIOT
LE LORIER
LÉVY-SOLAL
METZGER

Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...
LEDoux-LEBARD
PHILIBERT, agrégé
RUPPE
WEIL-HALLÉ

Éducation physique
Radiologie clinique.
Microbiologie.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de la Pitié

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE VILLARET

Professeur d'Hydrologie et de Climatologie
Thérapeutiques

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Necker

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINÉ
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Nantes

STAGE ET EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILBAUD (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR BRELET.

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE LEROUX.

Paris

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL.

MONSIEUR LE DOCTEUR CROUZON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE VILLARET.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMAIRE (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVESQUE.

INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR FLANDIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR CROUZON.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIVET.

MONSIEUR LE DOCTEUR HUBER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE.

MONSIEUR LE DOCTEUR DELHERM.

A MES AMIS

INTRODUCTION

Au cours de notre troisième année d'Internat, M. le Docteur TOURAINE, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, nous fit l'honneur de nous associer à sa communication à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, intitulée : « Sept Observations de Cheilites glandulaires, dont cinq avec cancer ».

Nous devons à son précieux et fécond enseignement, la connaissance de cette affection du bord rouge des lèvres, et de ses relations avec certains cancers de la lèvre inférieure.

En effet, en dehors d'une courte citation de BROCC, en 1907, les cheilites glandulaires, tout au moins en France, n'avaient été l'objet d'aucune publication. M. le Docteur TOURAINE, depuis 1933, s'est attaché à leur étude ; ce travail est, pour une bonne part, le fruit de son expérience de la maladie et de ses recherches bibliographiques.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

Cette affection n'est d'ailleurs pas exceptionnelle, et la menace que sa constatation comporte impose une sanction thérapeutique préventive.

Peut-être verrons-nous alors évoluer moins d'épithéliomas sur ces Cheilites glandulaires.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

Toute Cheilite glandulaire est une affection chronique de la lèvre inférieure, le plus souvent localisée à la partie postérieure de la zone de transition de KLEIN.

Elle est caractérisée anatomiquement par une hyperplasie adénomateuse de glandules salivaires *hétérotopiques*. Leur présence se traduit par des dépressions infundibuliformes de la surface de la lèvre, répondant à l'ouverture des canaux excréteurs de ces glandules ; et par l'existence de petites masses nodulaires, dans la profondeur, d'où l'expression fait sourdre des gouttelettes de salive.

Cette définition répond à la forme simple de l'affection, ou « Maladie de PUENTE ». La discrétion des signes fonctionnels accompagnant cette malformation n'attire pas l'attention vers elle.

Les formes *suppurées* de la maladie sont plus facilement diagnostiquées, car elles sont plus bruyantes.

La variété suppurée, la plus souvent observée est la « Maladie de BÆLZ » ou Cheilite glandulaire suppurée superficielle. Aux signes précédemment énumérés s'ajoutent : des croûtes et des érosions de la surface de la demi-muqueuse ; une augmentation importante du volume de la lèvre ; des douleurs plus ou moins vives.

La « Maladie de VOLKMANN » est la variété la plus an-

ciennement connue; elle est exceptionnelle. Elle relève de l'inflammation directe des micro-adénomes intra-labiaux qui sécrètent un liquide trouble ou muco-purulent ; l'élément douloureux est très marqué ; la formation d'abcès, avec fistulisation, a été signalée dans certains des premiers cas de VOLKMANN.

La plupart des malades atteints de Cheilite glandulaire ont une bouche en mauvais état (gingivite, caries, tartre dentaire, pyorrhée).

Le pronostic de l'affection est considérablement assombri par le développement assez fréquent d'un épithélioma, sur la lèvre atteinte de Cheilite glandulaire.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'histoire des Cheilites glandulaires doit être divisée en deux périodes :

— Une longue période, s'étendant de 1870 à 1927, du « travail princeps » de Richard VOLKMANN (de Halle), à la description complète de la forme simple de la maladie, par PUENTE et ACEVEDO (de Buenos-Ayres).

— Une période plus courte, celle de la dernière décade, durant laquelle la question est mise au point, surtout par : PUENTE, BEJARANÒ, et TOURAINE.

AVANT 1927.

VOLKMANN donne la première description de cette variété de Cheilite, avec cinq observations à l'appui. Il l'appelle « Cheilitis glandularis apostematosa », ou encore « myxadenitis labialis ». Une longue analyse de son travail original sera donnée après cet historique. Elle intéresse la variété la plus rare de la maladie.

C'est ensuite UNNA, qui relate, en 1890, deux observations personnelles d'une affection de la lèvre infé-

rieure, dont il dit devoir la connaissance à l'enseignement oral de son Maître BAEZ. Il ne cite pas VOLKMANN. Pourtant, l'un des deux cas de UNNA semble être une authentique « maladie de VOLKMANN ». Il propose d'appeler l'affection « Maladie de BAEZ des muqueuses labiales ».

Après ces deux auteurs allemands, il nous faut inscrire les noms d'auteurs de langue anglaise : PURDON (1893), GALLOWAY (1895), JAMIESON (1895), MAC LEOD (1907), HOWARD FOX (1909), et surtout, SUTTON (1909).

En effet, dès 1909, SUTTON publie une remarquable étude d'ensemble des Cheilites glandulaires. Il communique, à cette occasion, la première observation de forme simple de la maladie.

Entre 1910 et 1927, on relève les observations isolées de HARTZELL (1911), SCHAMBERG (1911), WISE (1911), SOLGER (1915), L. BROCC (1917), HARTZELL (1920), WISE (1920), HECHT (1921), BUTLER et ODLAND (1922), PUENTE (1924).

Le cas de L. BROCC est connu par une photographie, datant de 1917, conservée à l'Hôpital Saint-Louis. Le diagnostic de Cheilite glandulaire suppurée de la « Variété BAEZ » a été porté rétrospectivement, par notre Maître, M. le Docteur TOURAINE.

Avant 1927, l'affection est décrite, dans les traités de dermatologie de : L. BROCC (1907), SUTTON (1919), MAC LEOD (1920), MICKULICZ et KUMMEL (1922), STELLVAGON (1923).

L. BROCC, dans son « Traité élémentaire de dermatologie pratique », consacre une courte note, en bas de page, à la « Cheilitis glandularis apostematosa » de VOLKMANN. Mais, déjà, il dit que « ce type morbide doit être soigneusement différencié de la desquamation persistante des lèvres ».

DE 1927 A NOS JOURS.

En 1927, José J. PUENTE (de Buenos-Ayres), et son collaborateur ACEVEDO, insistent après SUTTON sur la variété simple, qu'ils appellent « Cheilite glandulaire simple ou pure ». Leur travail est appuyé par 9 cas personnels.

En 1928, BEJARANO (de Barcelone), à l'instigation de PUENTE, recherche systématiquement cette affection, parmi les consultants de son service.

Il dit qu'elle n'est pas exceptionnelle, et sur les huit cas qu'il relate, il signale trois cancers de la lèvre inférieure. Il en conclut que cette Cheilite est une affection probablement cancérigène.

Avec COVISA et GAY PRIETO, BEJARANO présente, en 1930, au Congrès international de dermatologie, de Copenhague, un travail intitulé : « Sur les rapports entre les Cheilites glandulaires et les cancers de la lèvre inférieure ».

BEJARANO revient sur cette importante question, lors du « Congrès international pour la lutte contre le cancer », tenu à Madrid en octobre 1933.

SAINZ de Aja (1929), CASCOS (1933), REYES de Los (1933) s'intéressent également aux Cheilites glandulaires.

Après sa communication de 1927, PUENTE continue d'accumuler des observations. Il en consigne cinquante-deux, dans sa monographie de 1934, intitulée : « La Cheilite glandulaire simple et ses complications ». Une fois, un épithélioma de type spino-cellulaire, s'est développé sur la lèvre malade.

La première observation française de Cheilite glandulaire est publiée, en janvier 1933, par TOURAINE et SOLENTE. Leur première revue d'ensemble est de l'année suivante (*Presse médicale*, 3 février 1934).

En trois ans, ces auteurs en relatent douze cas dans le « *Bulletin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie* ». Sur ces Cheilites, neuf fois le cancer s'est développé.

Ils signalent, en outre (*Bull. Soc. fr. Derm. et syph.*, 9 mai 1935), à titre de curiosité historique, qu'une observation probable de Cheilite glandulaire, due à STALPARTIUS VAN DER WIEL, peut être trouvée, dans un recueil de cent observations rares, publié à Leyde, en 1687.

Notre Maître, M. le Docteur TOURAINE, et ses collaborateurs, ont contribué à faire connaître, en France, cette affection, sur laquelle le cancer se développe assez fréquemment.

Récemment (*Bull. soc. fr. Derm. et syph.*, 12 mars 1936), TOURAINE et P. RENAULT ont montré qu'il y avait lieu de diviser la Cheilite glandulaire suppurée en deux variétés : une variété suppurée profonde, vraie « *Maladie de VOLKMANN* » ; une variété suppurée superficielle, « *Maladie de BAEZ* ».

Les travaux de PUENTE, BEJARANO, TOURAINE, ont inspiré les thèses de CALVET (1934), NEIRA FLOREZ (Hernando) (1936).

Nous signalerons également les études d'ensemble et articles de : LOPEZ CARRION (1933), GAY PRIETO et CAZORLA ROMERO (1933), JORDAN et TARABUCHIN (1935), LEBEDINSKY (1935), R. BERNARD (1935).

Enfin, les traités de dermatologie parus récemment : *Traité de Jadassohn* (ZINSSER, 1930), la *Nouvelle Pratique Dermatologique* (1936), l'*Encyclopédie médico-Chirurgicale* (Dermatologie) (1936), accordent aux Cheilites glandulaires une place de plus en plus importante, parmi les affections du bord rouge des lèvres.

ANALYSE DU TRAVAIL ORIGINAL DE VOLKMANN

Einige Falle Von, Cheilitis glandularis apostematosa (Richard VOLKMANN) (*Virchow's Archiv. f. path. anat.*, 1870, fasc. I, 16 avril, pp. 142-144).

« Cinq fois, j'ai maintenant observé, une forme particulière d'inflammation chronique de la lèvre inférieure, sur laquelle je ne trouve aucune description dans la littérature. »

Tous les malades étaient des adultes. « Trois d'entre eux avaient souffert, peu auparavant, d'une syphilis constitutionnelle » ; l'un d'eux, gardait encore quelques taches de psoriasis palmaire ; les deux autres ne conservaient que quelques adénopathies. Les deux derniers malades étaient bien portants.

Dans les cinq cas, tableau analogue : la lèvre inférieure enflait progressivement, et devenait douloureuse, dure et résistante ; sa mobilité était compromise ou même suspendue. La tuméfaction intéressait toute l'épaisseur et la largeur de la lèvre, sans transition avec le menton. Une fois, il y eut extension à la lèvre supérieure, par les angles buccaux. La peau avoisinante était légèrement érythémateuse.

Dans tous les cas, les glandes muqueuses de la lèvre étaient tuméfiées, grosses comme un grain de chènevis ou plus ; elles étaient perceptibles à travers la muqueuse sous forme de masses bosselées. « Quand on éversait la lèvre, on apercevait les conduits excréteurs fortement dilatés, au point qu'on pouvait parfois y faire passer une sonde fine ».

A la pression, ils éliminaient une sécrétion muqueuse trouble ou muco-purulente ; en sorte que, la muqueuse préalablement asséchée semblait alors couverte d'une fine rosée purulente.

Trois fois, il y eut abcédation, à partir des glandes, ou du tissu péri-acineux, réalisant une inflammation furonculaire à fines ouvertures, ayant tendance à évoluer vers des fistules évacuant du pus pendant des semaines et des mois.

Dans un cas, il existait 12 à 16 de ces petites ouvertures, sur la partie muqueuse.

Dans tous les cas, il existait un catarrhe bucco-pharyngé assez prononcé.

Dans le cas précédent, on note une tuméfaction inflammatoire de la lèvre inférieure ; elle atteint le double de son volume ; la parole même est gênée ; le visage présente une « expression vulgaire et déplaisante ». Du côté muqueux, la lèvre semble « un sac de plombs », les conduits des glandes sont fortement dilatés, et évacuent à la pression une sécrétion trouble de suppuration ; en outre, présence de plus d'une douzaine de fistules, pénétrant profondément dans la lèvre, depuis sa muqueuse. La peau avoisinante est rouge ; elle présente, à côté de plusieurs fines cicatrices, traces d'abcédations guéries, les ouvertures d'une fistule qui traversait toute la lèvre, en sortant du côté muqueux. A côté, un tubercule dur, dont l'incision donna un pus muqueux.

Nul succès par le traitement anti-syphilitique. Peu de succès par les moyens locaux : cautérisations et teinture d'iode.

La dernière malade, femme de 41 ans, souffrait, depuis huit ans, de pertes blanches ; mais elle n'avait pas eu de manifestations de syphilis. Elle avait eu onze en-

fants qui ne présentaient pas de manifestations de syphilis héréditaire ; pas de fausses-couches ; « par contre son mari souffre encore présentement de syphilis, et est en traitement à la polyclinique ».

A l'examen, tuméfaction de la lèvre ; les conduits glandulaires, dilatés, évacuent du pus à la pression : entre eux, plusieurs points cicatriciels de la taille d'une tête d'épingle ; guérison par l'iodure de potassium et le chlorate de potasse.

En résumé : inflammation catarrhale des glandules labiales avec suppuration, soit de la glande elle-même, soit du tissu péri-acineux.

« Il est peu facile de préciser quel rôle joue ici la syphilis. A mon sens, aucun rôle direct. L'analogie avec la parotidite suppurée me fait juger vraisemblable, que la cause essentielle, est à chercher seulement dans le catarrhe bucco-pharyngé qui existait en même temps, dans tous mes cas ; c'est, sans doute, par l'intermédiaire des sécrétions buccales, qu'il se propageait par les conduits excréteurs des glandules labiales, jusque dans les corps glandulaires. »

Le syphilitique est particulièrement exposé à cette infection par suite du traitement mercuriel. Le siège de la maladie, à la lèvre inférieure s'expliquerait, par le contact plus intime des sécrétions buccales avec la muqueuse, au niveau de la lèvre.

Un autre extrait du travail original de R. VOLKMANN a été publié peu après celui-ci sous le titre : *A Peculiar Inflammation of the Lower Lip*, dans le *Saint-Louis Medical and surgical Journal*, 1871 (longue analyse dans le *Journ. of Cutaneous Medicine*, IV, 1871, p. 325).

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Les conditions étiologiques des cheilites glandulaires, consignées tout d'abord dans la *Presse Médicale* (3 février 1934) et dans la monographie de PUENTE, ont été analysées récemment, par notre Maître, M. le Docteur TOURAINE, dans un article de *Synthèse* (février 1936), auquel nous empruntons la presque totalité de ce chapitre.

Nous étudierons successivement :

- 1° Les circonstances étiologiques d'ordre général.
- 2° Le rôle des affections locales.
- 3° Les lésions cutanées concomitantes.

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES D'ORDRE GENERAL

La *fréquence* réelle des cheilites glandulaires est d'appréciation difficile. Le nombre d'observations indiscutables, publiées à ce jour, dépasse actuellement la centaine. Très exactement, nous en avons relevé cent six, se répartissant ainsi d'après la variété :

— *Maladie de PUENTE* : 74 cas.

— *Maladie de BAELZ* : 21 cas.

— *Maladie de VOLKMANN* : 11 cas.

En réalité, la cheilite glandulaire doit être beaucoup plus fréquente ; pour la trouver, il suffit d'avoir l'attention attirée vers elle.

C'est cette impression que l'on retire de la lecture du traité de SUTTON. Cet auteur a publié une seule observation, mais il déclare en avoir vu douze cas en cinq ans, et il écrit que les formes discrètes de la maladie sont « franchement communes ».

Après lui, c'est PUENTE, qui la trouve par un examen systématique, neuf fois, sur trois cents malades de l'hôpital Rivadavia de Buenos-Aires. BEJARANO dit l'affection assez fréquente en Espagne, et des auteurs tels que : CASCOS, LOPEZ CARRION, GAY PRIETO et CAZORLA ROMERO, SAINZ DE AJA, confirment cette opinion dans plusieurs communications.

TOURAINÉ, entre 1933 et 1936, a observé douze cas, dans son service de l'hôpital Saint-Louis ; et dans la seule année 1936, cinq nouvelles observations (non encore publiées) sont venues s'ajouter à ce lot déjà important.

Nous avons appris récemment, que deux cheilites glandulaires (SÉZARY, FERNET et STEWART) avaient été en traitement à l'hôpital Saint-Louis. Enfin, à la séance de la « Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie » du 10 décembre 1936, M. le Professeur GOUGEROT a communiqué une observation de cheilite glandulaire simple avec épithélioma de la lèvre.

L'influence de la race n'est pas démontrée. PUENTE et ACEVEDO avaient cru remarquer, dans leurs premières observations, la fréquence de la cheilite glandulaire chez des sujets de race celtique (Asturies, Galice, Irlande, Bretagne...). CLÉMENT SIMON (*Bull. Soc.*

fr. Derm. et Syph., 12 janvier 1933) en tenait la confirmation, lors d'un voyage en Argentine, d'ABERASTURY, collaborateur de PUENTE. En réalité, cette occurrence semble due à l'immigration particulièrement intense de cette race en Argentine.

D'ailleurs, sur 90 observations où la nationalité du malade est indiquée, nous avons relevé: quarante Espagnols, quatre Argentins, trois Italiens, treize Français de toutes régions, douze Anglo-Saxons, dix Allemands, sept Russes, un Yougo-Slave.

Il va de soi que cette répartition est soumise, non à la diffusion réelle de la maladie, mais à des investigations plus poussées dans certains pays, notamment les pays de langue espagnole.

La cheilite glandulaire ne montre pas davantage de prédilection pour un sexe.

Sur 99 observations où celui-ci est noté, on trouve 52 femmes et 47 hommes.

L'âge a peut-être un peu plus d'importance ; le plus jeune malade avait 16 ans, le plus âgé, 84 ans. Il apparaît que le plus grand nombre de cas se situent entre 20 et 50 ans, avec prédilection entre 20 et 30 ans, ainsi qu'en témoigne le tableau récapitulatif suivant, établi par décade, et portant sur 91 observations.

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
	—	—	—
moins de 20 ans	1	4	5
de 21 à 30 ans	9	15	24
de 31 à 40 ans	11	8	19
de 41 à 50 ans	7	9	16
de 51 à 60 ans	6	3	9
de 61 à 70 ans	3	8	11
de 71 à 80 ans	1	5	6
plus de 80 ans	1		1

Mais ainsi que le fait remarquer TOURAINE : « la torpidité de la maladie de PUENTE fait que l'attention n'est souvent attirée vers elle que longtemps après son début. Les données précédentes ne sont donc que très approximatives. On peut cependant en retenir que la cheilite glandulaire est surtout *une affection de l'adulte encore jeune*. On n'en connaît pas d'observation chez l'enfant. »

La seule exception à cette règle peut être trouvée chez le malade de SUTTON (début de l'affection à l'âge de huit ans).

Les *Maladies générales*, comme la syphilis et la tuberculose ne semblent jouer *aucun rôle* dans l'étiologie de l'affection.

Dès les premières observations de VOLKMANN, le rôle de la *syphilis* a été précisé ; VOLKMANN conclut par la négative, et son opinion est ensuite admise par la plupart des auteurs :

« Dans 35 cas, une enquête a été menée à ce point de vue spécial. La syphilis a été avouée par le malade 11 fois (dont 7 hommes); elle était rendue vraisemblable 12 fois (dont 8 hommes) au nom d'un vitiligo, de crises d'épilepsie, de leucoplasie, de polyléthalié infantile, de dystrophies graves chez les enfants, etc..., 12 malades niaient cette infection. Nous n'avons eu de preuves certaines de syphilis que chez un seul de nos 12 sujets personnels (infection 12 ans avant le début de la cheilite); chez trois autres, il existait une leucoplasie buccale nette. La réaction de WASSERMANN a toujours été négative dans les 14 observations (dont 10 personnelles) où elle a été recherchée » (TOURAINE, *Synthèse*, février 1936).

La lecture des observations de : MAC LEOD (*Brit. Journ. of Derm.*, t. XIX, 1907), HOWARD FOX (*Journ. of cut. Dis.*, t. XXVII, 1909) évoque l'idée d'une tuber-

culose atténuée, sans arguments bien précis. D'ailleurs, ces auteurs n'ont point soulevé l'hypothèse de l'origine tuberculeuse de la cheilite glandulaire.

SUTTON tend à admettre une *prédisposition héréditaire* en raison de laquelle le tissu glandulaire des lèvres et de la région bucco-pharyngée aurait tendance à s'hyperplasier. « L'absence de cas infantiles, l'existence d'un seul cas familial, cadrent peu avec cette hypothèse » (TOURAINE).

Le seul cas familial, indiqué par TOURAINE, est précisément de SUTTON (*Journ. of cutan. Diseases*, tome XXVIII, avril 1909) : le père du malade aurait présenté une affection de la lèvre inférieure du type de la cheilite glandulaire simple. Il convient d'y ajouter, le cas récent de NEIRA FLOREZ.

Au total : Hérité, tuberculose, syphilis, ne semblent jouer aucun rôle dans l'étiologie des cheilites glandulaires. Nous ajouterons même que la plupart des sujets sont signalés en parfaite santé, robustes, sans antécédents pathologiques particuliers.

ROLE DES AFFECTIONS LOCALES.

Si l'influence des maladies générales et de l'hérédité peut être tenue pour négligeable, il n'en est pas de même des affections locales.

Leur influence est déjà signalée par VOLKMANN et par UNNA : chez ses trois malades syphilitiques, VOLKMANN s'est demandé si l'hyperplasie et l'infection des glandes salivaires aberrantes n'avait pas été favorisée par une stomatite mercurielle concomitante.

Les deux tiers environ des sujets atteints de cheilite glandulaire, sont signalés comme ayant une *bouche en très mauvais état*.

Il peut s'agir de lésions bucco-pharyngées : Angines, congestion ou catarrhe ; de lésions buccales : Stomatite, gingivite, glossite érosive ; de lésions dentaires : Caries, dépôts de tartre, pyorrhée.

TOURAINÉ signale que dans plusieurs de ses cas, gingivite, pyorrhée, dépôts de tartre, prédominaient au niveau des *incisives médianes inférieures*, donc en regard même de la cheilite à son début, ou du siège maximum de la lésion.

Cependant, dans un tiers des observations, l'état de la bouche et des dents est signalé comme satisfaisant. Aucune cause locale ni générale ne peut alors être invoquée, et l'étiologie de ces cheilites glandulaires reste imprécise.

Le mauvais état bucco-pharyngé et dentaire demeure pourtant la notion étiologique primordiale.

Pour être complets, nous signalerons que :

1° Dans une observation, l'influence d'un traumatisme local répété peut être invoquée. Il s'agit du malade de SOLGER, joueur de trompette ; l'affection s'est développée là où la lèvre serrait l'instrument.

2° Chez un malade de PUENTE, les lésions apparurent sur un fond de radiodermite.

3° Nombre de ces sujets sont de *grands fumeurs*.

4° PUENTE pense à l'influence possible de l'air extérieur sur la lèvre légèrement éversée, et aurait volontiers tendance à lui attribuer la dilatation des orifices glandulaires qui s'ouvrent à la surface de la demi-muqueuse.

LES LÉSIONS CUTANÉES CONCOMITANTES.

PUENTE insiste tout particulièrement sur *l'aspect sénile* de la peau du visage, chez les malades atteints de cheilite glandulaire. Cette « atrophie sénile » se traduit par une peau *jaune et ridée* de façon précoce. Elle est en rapport, d'après lui, avec des perturbations de *l'armature conjonctivo-élastique* du derme et du chorion.

En dehors de PUENTE, à notre connaissance, aucun auteur n'a signalé, chez ses malades, cette particularité.

En plus de cet état spécial de la peau du visage, l'auteur argentin relève chez ses malades :

- huit *kératoses* séniles,
- deux *formations cornées* des lèvres,
- huit *épithéliomas* siégeant en divers endroits de la face.

Ces faits, d'une importance capitale, seront analysés avec les cancers sur cheilites et les formes cliniques de la « Maladie de PUENTE ».

Quant à la coexistence d'eczéma, de psoriasis, d'ulcère de jambe, de lupus érythémateux, d'impetigo, de varices, de pyodermite, etc... ; elle ne paraît être que fortuite.

En résumé, mis à part le rôle probable des infections locales noté dans les deux tiers des cas ; l'étiologie des cheilites glandulaires reste imprécise. L'hyperplasie adénomateuse des glandules salivaires aberrantes, dans la zone de transition de KLEIN, substratum anatomique de la maladie, ne peut être expliquée que par une *dysplasie congénitale*.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Nous étudierons successivement dans ce chapitre :

- 1°) LA CHEILITE GLANDULAIRE SIMPLE.
 - 2°) LES CHEILITES SUPPURÉES.
 - 3°) LES CANCERS SUR CHEILITES.
-

LA CHEILITE GLANDULAIRE SIMPLE, OU MALADIE DE PUENTE.

« Cheilite glandulaire simple ou pure », c'est l'expression proposée par PUENTE et son collaborateur ACEVEDO, pour désigner la forme suivant laquelle se présente toute cheilite glandulaire à son début.

Les auteurs argentins justifient, en ces termes, leur appellation, dans l'analyse de leur communication princeps, faite devant le cercle odontologique et l'association dentaire argentins (fusionnés), le 12 novembre

1926, analyse publiée dans *Revista Latino-Americana* de février 1927.

« La bibliographie sur la question des cheilites glandulaires se réfère uniquement à la forme apostéma-teuse... L'un de nous d'ailleurs a présenté un cas de cette variété à la Société argentine de Dermatologie, en 1924... SUTTON, dans son *Traité de dermatologie*, est le seul qui mette en relief la fréquence des formes dites légères, dont il dit avoir vu plus d'une douzaine en l'espace de cinq ans. Pour nous, nous nous référons avant tout à ce type de lésions dites légères, que nous nous proposons de dénommer : Cheilite glandulaire simple ou pure. »

PUENTE et ACEVEDO citent donc le traité « *Diseases of the skin* » de SUTTON (1919).

Dès 1909, cet auteur avait publié une première observation de Cheilite glandulaire simple, que nous donnons intégralement à notre chapitre « *Observations* ».

En outre, nous avons relevé, avant 1926, les observations de: HOWARD FOX (1909), HARTZEL (1911), SCHAMBERG (1911), WISE (1911), WISE (1920), HECHT (1921), BUTLER et ODLAND (1922).

Néanmoins, la Cheilite glandulaire simple mérite aussi le nom de « *Maladie de PUENTE* » qui lui a été donné par TOURAINE (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 novembre 1934) et que nous faisons nôtre, car si PUENTE n'en a pas publié la première observation, il est le premier auteur à avoir envisagé les formes suppurées, comme l'évolution possible d'une phase plus ou moins longue de Cheilite simple. *La forme simple est en effet le véritable substratum anatomique de toute Cheilite glandulaire.*

D'ailleurs, la monographie de PUENTE, sur la question, parue en 1934, est intitulée : « *La Cheilite glandulaire* ».

dulaine simple et ses complications ». Il y rapporte une cinquantaine de cas personnels.

Nous ne pouvons mieux faire, au début de cette étude clinique, que de citer PUENTE et ACEVEDO :

« La lésion se présente exclusivement à la lèvre inférieure, qui est légèrement hypertrophiée et projetée en avant. Dans la zone limitrophe de la demi-muqueuse avec la muqueuse labiale, on observe la présence de quelques points rouges violacés, de taille variable, d'une pointe à une tête d'épingle, irrégulièrement répartis.

En observant de plus près, on note qu'il s'agit en réalité de légères dépressions infundibuliformes, comme si elles correspondaient à un orifice ; on note d'autre part que la muqueuse qui les entoure prend un aspect blanchâtre, hyalin, en forme de halo périphérique.

L'aspect, de même que le nombre et le siège des orifices, varie d'un jour à l'autre. En comprimant la lèvre avec les doigts, on observe l'apparition de minuscules perles bien plus muqueuses qu'aqueuses ; transparentes comme de l'eau de roche ; tandis que la surface de la lèvre devient tomenteuse, par hernie des glandules sous-jacentes.

Cette manœuvre facilite la mise en évidence du processus, dans les cas très atténués.

Les malades ne peuvent préciser le début de l'affection, mais ils ont toujours eu des lèvres délicates, se fendillant ou s'ulcérant facilement ».

FRÉQUENCE.

Sur une centaine d'observations de Cheilites glandulaires, publiées à ce jour, à notre connaissance, soixante-quatorze appartiennent à la forme simple.

Les auteurs qui ont publié le plus grand nombre de Cheilites glandulaires simples sont :

PUENTE (cinquante-et-un cas), BEJARANO (neuf cas),
TOURAINÉ (cinq cas).

Pour l'ensemble des Cheilites glandulaires, la proportion est donc de 75 pour 100 environ.

En réalité, la variété simple doit être beaucoup plus fréquente encore, et la proportion infiniment supérieure, mais par sa torpidité elle échappe souvent à l'examen et passe inaperçue, aussi bien du malade que du médecin.

Seul, un examen méthodique de la lèvre inférieure permet de la dépister.

SEXE.

Le sexe est indiqué dans tous les cas, sauf deux :
Cas de HARTZELL (1911), REYES DE LOS (1933).

Nous avons relevé : 29 hommes
et 43 femmes.

Le plus grand nombre en faveur des femmes, vient probablement de ce que les premières investigations de PUENTE et ACEVEDO ont porté uniquement sur des consultantes.

SIÈGE.

La lésion siège exclusivement à la *lèvre inférieure* :
Dans un seul cas récent (BEJARANO, 1935), la lésion intéressait les 2 lèvres, et prédominait à la lèvre supérieure.

Elle intéresse le *tiers moyen* de la lèvre ; tout au moins, c'est là où elle débute presque toujours, et, si

plus tard la lésion progresse, vers les commissures, elle présentera toujours son maximum au niveau du tiers moyen.

Les commissures sont rarement atteintes, et en tous cas jamais dépassées.

Elle se localise à la demi-muqueuse, appelée encore :

- « Zone de transition » de KLEIN.
- « Vermillon part » des auteurs de langue anglaise.
- Zone intermédiaire.
- Bord libre, ou rouge, de la lèvre.

Cette zone dite de transition, répond au secteur rouge de la lèvre inférieure, qui reste visible lorsque la bouche est fermée. Elle mérite bien l'épithète de transition ou d'intermédiaire, car elle ne déborde ni sur la zone blanche, cutanée, située en avant d'elle, ni sur la zone muqueuse, qui est en arrière.

Dans certains cas, quand les lèvres sont écartées, la trace de leur contact se marque sous la forme d'une frange très grêle, légèrement déprimée, qui sépare la partie sèche de la partie humide.

C'est au voisinage de cette surface d'accolement des deux lèvres, que les lésions se disposent, suivant une bande étroite de cinq à dix millimètres, longue de deux à cinq centimètres.

Cette portion du bord libre répond à la « Pars Villosa », fœtale.

SYMPTOMATOLOGIE.

Il est impossible d'assigner une date précise au début de la « Maladie de PUENTE », tant son indolence est quasi totale et la gêne fonctionnelle qu'elle entraîne, inexistante ; seul un examen systématique des lèvres

permet d'en dépister les éléments chez les sujets présentant cette malformation.

Sans doute, faut-il considérer comme stade initial de l'affection, l'existence de petits adénomes salivaires, que seule décèle la palpation, sous la forme de grains de plomb enchâssés dans une demi-muqueuse d'apparence normale. En effet, à ce premier stade, les microadénomes salivaires en situation hétérotopique, ne s'ouvrent pas encore à la surface de la demi-muqueuse par l'intermédiaire de leurs canaux excréteurs.

PÉRIODE DE DÉBUT.

A cette période qui est en réalité la véritable période de début, la lèvre dans son ensemble n'est que peu ou pas déformée. Dans certains cas cependant, elle peut être légèrement hypertrophiée et éversée (PUENTE, BEJARANO).

C'est seulement un examen minutieux de la lèvre, pratiqué au besoin avec une loupe, qui permet de distinguer sur le tiers moyen de la zone de KLEIN, dans sa moitié postérieure, des petites taches arrondies :

— ne faisant aucun relief à la surface de la demi-muqueuse, qui garde sa souplesse, à leur niveau ;

— de couleur rouge-violacée ;

— de dimensions allant d'une petite à une grosse tête d'épingle ;

— en nombre restreint (cinq à dix au début).

Si l'on examine dans le détail une de ces taches, on voit en réalité, qu'elle est formée d'une *dépression infundibuliforme*, centrée elle-même par l'ostium du canal excréteur d'une glandule salivaire.

Ce minuscule orifice admet parfois le cathétérisme avec une petite soie sur quelques millimètres (un cas

de TOURAINE). SUTTON, dans le cas qu'il rapporte, signale qu'il a pu cathétériser le conduit sur près d'un demi-centimètre.

PÉRIODE D'ÉTAT.

En vieillissant, ces taches augmentent généralement en nombre, en étendue et en force.

On en trouve de douze à vingt dans les formes moyennes, cinq à dix dans les formes discrètes. Dans son cas, SUTTON en a relevé trente-deux, et PUENTE signale que leur chiffre peut atteindre la quarantaine.

Leur répartition n'est pas uniforme, il y a des éléments isolés, séparés par de larges intervalles sains, et des éléments agglomérés en amas ou en bandes.

A cette période, les taches font souvent une légère saillie sur la demi-muqueuse, et surtout elles s'étendent en largeur, par l'adjonction à la périphérie de la *dépression infundibuliforme* d'un anneau de teinte opaline ou blanchâtre, d'aspect leucoplasique, au niveau duquel la muqueuse se montre moins souple, sans que l'on puisse parler d'induration.

Au total, chaque élément présente de dehors en dedans trois zones concentriques :

- le halo leucoplasiforme,
- la dépression infundibuliforme,
- le minuscule orifice du canal excréteur.

Le diamètre de chaque tache varie entre deux et huit millimètres.

En force et en nombre, les taches peuvent varier d'un jour à l'autre, car elles sont *congestives*.

La *palpation* de la lèvre saisie d'avant en arrière, entre le pouce et l'index, donne une sensation de granité beaucoup plus accusée que normalement.

Si l'on insiste, on perçoit, dans la profondeur, des petits nodules assez fermes, arrondis, de différentes tailles, donnant l'impression de *grains de plomb* en-châssés dans la demi-muqueuse.

Ils répondent à des glandules salivaires hyperplasiées devenues adénomateuses, et il est fréquent d'en noter un nombre supérieur à celui des dépressions cratériformes de la surface.

Ces petits adénomes, lors de la manœuvre, viennent parfois faire saillie sous la demi-muqueuse, qui devient ainsi légèrement tomenteuse et irrégulière.

Cette palpation est absolument *indolore*. Elle sera complétée par le *massage* de ces micro-adénomes; cette manœuvre mettra en évidence le signe capital de la « *Rosée par expression* », de TOURAINE.

En effet, l'expression de chacune de ces glandules salivaires donne issue à un liquide clair analogue à de la salive, qui s'écoule par l'orifice de chaque canal excréteur, de sorte que dans certains cas, lorsque ceux-ci sont nombreux et voisins, on réalise une véritable disposition en pomme d'arrosoir, des gouttelettes de rosée. La manœuvre donnera un résultat positif si on la répète immédiatement après assèchement des premières gouttes. Au-delà, elle ne donnera généralement aucun résultat, il faudra attendre quelques heures pour voir reparaitre les gouttelettes à l'occasion d'une nouvelle manœuvre d'expression.

Parmi les *signes accessoires*, PUENTE insiste sur les modifications suivantes de la lèvre inférieure. Dans son ensemble, dit-il, « elle est ridée, plissée, comme fanée, avec de petites squames facilement détachables ».

Il n'existe pas d'adénopathie cervicale.

Le seul signe concomitant important (mais il n'est

pas spécial à cette variété de Cheilite) est le mauvais état dentaire et bucco-pharyngé, que l'on relève dans près des deux tiers d'observations de Cheilites glandulaires simples.

EVOLUTION.

L'évolution de la maladie de PUENTE est essentiellement *chronique* ; cependant nous insisterons sur la possibilité de poussées caractérisées par : la disparition d'éléments qui sont remplacés par de nouvelles taches situées à une distance plus ou moins grande des premiers éléments ; l'augmentation du nombre des éléments qui ont tendance à s'étendre notamment vers les commissures ; l'existence lors de ces poussées de légers troubles fonctionnels sous forme d'irritation légère de la lèvre avec sensation de tension, et possibilité d'un trouble de la sécrétion, sans parler de suppuration vraie.

Tout de même, malgré la notion de ces poussées, de très courte durée, la maladie de PUENTE reste avant tout une *malformation discrète*, dont on fait le diagnostic le plus souvent à l'occasion soit d'une investigation systématique des lèvres d'un sujet qui vient consulter pour une tout autre affection ; soit à l'occasion d'une complication de cette variété simple, qu'il s'agisse de suppuration ou de transformation maligne d'une lèvre atteinte de Cheilite glandulaire simple ou pure.

FORMES CLINIQUES.

Les formes cliniques de la « Maladie de PUENTE » sont exceptionnelles.

Nous ne croyons pas utile d'individualiser en une forme clinique de début, ce que l'on peut appeler la « *forme insidieuse ou adénomateuse pure* », caractérisée par des glandules salivaires hyperplasiées non extériorisées, c'est-à-dire, sans ouverture de canaux excréteurs au centre de dépressions infundibulaires superficielles.

Suivant l'évolution, il est possible d'individualiser des *formes de passage* entre la cheilite simple et les cheilites suppurées.

Parmi les *formes associées*, nous rappellerons seulement la coexistence avec une cheilite exfoliative (cas douteux de GAY PRIETO et CAZORLA ROMERO) ; une « *maladie de FORDYCE* » (cas de SUTTON).

Plus intéressantes sont les *formes associées avec un épithélioma à distance*, à propos desquelles PUENTE écrit : « Nous devons signaler la fréquence avec laquelle on rencontre cliniquement, chez les porteurs de cheilite glandulaire simple, des épithéliomas, en divers endroits de la peau. Nous savons aussi que la cheilite coïncide avec la présence d'altérations dégénératives ; ne serait-ce donc pas cet état mésodermique spécial, apparent dans la cheilite, qui, en des cas d'espèce, facilite la prolifération cellulaire propre au cancer, tantôt à la lèvre, tantôt autre part, à la peau. »

PUENTE a observé huit épithéliomas de la face parmi ses cinquante-et-un cas de cheilite glandulaire simple, tous de type *baso-cellulaire*. Quatre malades avaient plus de soixante ans ; les âges respectifs des quatre autres étaient de 59, 51, 50 et 49 ans.

Ces épithéliomas de la face avaient comme localisations le nez (cinq fois) ; la région temporale (une fois) ; la joue, près du rebord orbitaire (une fois) ; le cuir chevelu (une fois).

LES CHEILITES GLANDULAIRES SUPPUREES

« *Cheilite glandulaire suppurée superficielle* » ou « *Maladie de BAEZ* » ;

« *Cheilite glandulaire suppurée profonde* » ou « *Maladie de VOLKMANN* » ;

sont les termes proposés par TOURAINE et P. RENAULT (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 mars 1936) pour désigner les deux variétés de Cheilites suppurées.

VOLKMANN a rapporté les premières observations de variété suppurée sous le nom de : « *Cheilitis glandularis apostematosa* ». Le terme de « *Cheilite apostémateuse* » ou de « *Myradenite labiale* » a englobé jusqu'à ces derniers temps, toutes les cheilites glandulaires suppurées.

Actuellement : variété suppurée superficielle et variété suppurée profonde doivent être différenciées.

En effet, dans le « type VOLKMANN » il y a inflammation des adénomes salivaires dans la profondeur avec suppuration, tantôt de la glande elle-même, tantôt de son tissu péri-acineux.

Dans le « type BAEZ », il s'agit d'une suppuration de la surface de la lèvre, sans inflammation des nodules intra-labiaux.

La première variété réalise donc une vraie cheilite glandulaire suppurée, la seconde variété n'est qu'une infection de surface sur une cheilite glandulaire simple.

Nous débuterons par l'étude de la « Maladie de BAEZ ».

LA CHEILITE GLANDULAIRE SUPPURÉE SUPERFICIELLE
OU MALADIE DE BAEZ.

La première observation est due à UNNA (1890).

Nous avons relevé une vingtaine de cas publiés, intéressant quatorze hommes et six femmes.

Le début se fait après une phase plus ou moins longue de cheilite simple, elle-même de début imprécis.

Il est marqué par quelques signes fonctionnels qui attirent l'attention sur la lèvre inférieure : sensation de tension, d'agacement permanent de cette lèvre, parfois même douleurs vraies à type de cuisson, de brûlure.

Cette cuisson, cette brûlure sont en rapport avec les fissures débutantes, dont quelques-unes se couvrent déjà de croûtelles.

A la période d'état, la lèvre inférieure, dans son ensemble, est gonflée, déformée, projetée en avant, éversée ; comme dans la cheilite de VOLKMANN, elle donne au visage une « expression vulgaire et déplaisante ».

La zone de KLEIN est recouverte partiellement ou même en totalité de *croûtes* épaisses, humides, molles, de couleur noirâtre, souvent crevassées et irrégulières, exhalant une mauvaise odeur.

Ces croûtes sont très adhérentes et de ce fait, elles se laissent difficilement sculpter et détacher au grattoir. L'extraction qui est assez douloureuse provoque de petites *hémorragies* en nappes, assez difficiles à tarir.

C'est pourquoi, pour apprécier l'état de la demi-muqueuse sous-jacente, vaut-il mieux recourir pendant plusieurs jours à des pulvérisations, pansements humides, ou applications de pommades antiseptiques,

permettant d'obtenir une détersion quasi-totale de la lèvre.

La demi-muqueuse de la lèvre inférieure ainsi débarassée de ses croûtes, apparaît dans son ensemble d'un rouge vif ou violacé. Elle présente, par places, des *érosions*, des *fissures*, voire même des *ulcérations* suintantes et saignantes.

En regardant de plus près, on voit se détacher, sur ce fond érosif, les petites élevures caractéristiques de toute cheilite glandulaire, avec leurs trois zones concentriques : halo leucoplasiforme, dépression en entonnoir, orifice dilaté d'un canal excréteur que l'on peut parfois cathétériser sur quelques millimètres.

La palpation est assez douloureuse.

Superficielle, elle permet de percevoir une très légère infiltration de la muqueuse, au niveau des anneaux de leucoplasie, car dans cette variété suppurée, les éléments leucoplasiformes périphériques sont *particulièrement développés*.

En palpat plus profondément, on perçoit les petits adénomes grains de plomb, inclus dans l'épaisseur de la lèvre, souvent en nombre supérieur à celui des dépressions superficielles.

L'expression d'un ou de plusieurs de ces adénomes fait sourdre à la surface de la lèvre, des gouttelettes d'un liquide le plus souvent trouble, contenant des pyogènes banaux et des polynucléaires ; l'inoculation à la cornée du lapin pratiquée par PUENTE est restée sans résultat.

A vrai dire, il ne s'agit pas de liquide franchement purulent et abondant, comme dans la cheilite de VOLKMANN, mais d'une sécrétion de cheilite simple un peu troublée. En effet, nous avons affaire ici, à une suppuration de surface, et non à une suppuration pro-

fonde intéressant l'adénome lui-même ou son tissu péri-acineux.

Il n'existe, malgré l'importance de l'élément infectieux, aucune adénopathie carotidienne, sous-maxillaire ou sous-mentale.

Les signes généraux sont nuls : absence de fièvre et de tout malaise.

Il n'en est pas de même des *signes fonctionnels* qui sont presque aussi accusés que dans le « type VOLKMANN ».

La lèvre fortement tendue, douloureuse et immobile, gêne la mastication, la mimique, la parole, troublant en particulier l'émission des consonnes labiales.

FORMES CLINIQUES. — Il n'en existe pas à vrai dire. Cependant, suivant la répartition des croûtes à la surface de la lèvre on peut distinguer :

1° *Les formes légères*, intéressant seulement le tiers moyen de la zone de KLEIN.

2° *Des formes étendues*, dans lesquelles toute la largeur et l'épaisseur de la demi-muqueuse sont intéressées.

Dans certains cas, l'inflammation peut gagner la zone cutanée de la lèvre inférieure, voire même le menton.

3° *Des formes associées* à un certain degré de stomatite et de gingivite.

L'évolution de la « maladie de BAELZ » est toujours chronique. Elle ne marque aucune tendance à la guérison spontanée. Cependant, dans son évolution, on note des périodes de rémission et d'aggravation.

La destruction des adénomes glandulaires s'impose, car la *cancérisation* est toujours à craindre.

LA CHEILITE GLANDULAIRE SUPPURÉE PROFONDE
OU MALADIE DE VOLKMANN.

La « maladie de VOLKMANN » est exceptionnelle.

A notre connaissance, nous n'en avons relevé que onze observations publiées à ce jour.

— les cinq cas de VOLKMANN (1870),

— l'observation II de UNNA (1890),

— les quatre cas de PURDON (1893),

— le cas récent de TOURAINE et P. RENAULT
(*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 mars 1936).

A ces onze cas se limite donc la littérature de la maladie de VOLKMANN.

La proportion pour l'ensemble des cheilites glandulaires publiées est de un sur dix environ ;

Pour l'ensemble des cheilites glandulaires suppurées elle est de un sur trois environ.

La description princeps de la maladie décrite par VOLKMANN a été donnée après notre chapitre « HISTORIQUE ». Les observations qui l'ont suivie, vont nous permettre d'en préciser les caractères cliniques.

Après une phase plus ou moins longue de cheilite simple, l'attention du malade est attirée par une augmentation de volume de la lèvre inférieure qui devient *très douloureuse*.

A l'inspection, on retrouve un aspect de la lèvre, comme dans la « maladie de BAELZ », moins les croûtes, et les ulcérations saignantes de la demi-nuqueuse.

Celle-ci est en effet gonflée et projetée en avant, ce

qui donne au visage du malade cette « expression vulgaire et déplaisante » dont parle VOLKMANN

Mais ici l'augmentation de volume de la lèvre inférieure provient des adénomes intra-labiaux eux-mêmes, en état d'inflammation vraie.

Cette inflammation s'étend non seulement à la surface de la demi-muqueuse, mais parfois jusqu'au menton et à la lèvre supérieure (VOLKMANN, UNNA, PURDON).

A la palpation, on perçoit ces nodules intra-labiaux, comme de véritables « grains de chènevis » très différents des « grains de plomb » de la variété simple dont la palpation est indolore.

Cette palpation est ici très douloureuse.

Le massage par expression, de quelques-uns de ces nodules donne issue par les orifices dilatés à un liquide franchement trouble ou même muco-purulent.

L'examen de ce pus d'expression a été pratiqué dans le cas de TOURAINE et P. RENAULT.

Il renfermait en abondance des microbes banaux (staphylocoques, streptocoques, etc...) confirmés par des ensemencements sur milieux ordinaires, voire même sur milieu de SABOURAUD.

L'inflammation est généralement localisée à quelques adénomes, car on retrouve à leurs côtés des éléments de cheilite glandulaire simple, lesquels pourront être intéressés à l'occasion d'une nouvelle poussée infectieuse. Lors des poussées, toute la lèvre inférieure devient dure, résistante aussi bien en épaisseur qu'en largeur, ce qui compromet assez fortement sa mobilité.

La zone cutanée avoisinante devient érythémateuse.

Les douleurs s'accroissent, la mastication et même la parole peuvent être gênées.

VOLKMANN, dans trois de ses cas, signale que l'inflammation fût telle qu'il observa la formation de vé-

ritables abcès rappelant des furoncles qui vinrent s'ouvrir à la zone muqueuse où ils déterminèrent des clapiers purulents. Dans un cas il nota douze à quinze trajets fistuleux.

Cette variété que nous désignerons sous le nom de « *Forme abcédée* », n'a été observée que par cet auteur. Il pense trouver l'explication de cette suppuration particulièrement marquée dans la coexistence avec une stomatite mercurielle.

LES CANCERS SUR CHEILITES

L'intérêt majeur des cheilites glandulaires résulte du développement assez fréquent d'un épithélioma sur la lèvre inférieure atteinte de cette affection.

Il semble que cette lésion constitue un point d'appel à une cancérisation ultérieure, il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence ; *toute cheilite glandulaire doit être tenue pour suspecte et traitée au même titre qu'une leucoplasie linguale.*

C'est BEJARANO, en 1929, qui a été le premier auteur à mettre en vedette cette importante notion.

Il relate que sur les 8 cas de cheilite glandulaire simple observés par lui à cette date, il a rencontré deux épithéliomas de la lèvre inférieure de type spino-cellulaire et un de type baso-cellulaire.

Il y revient, dès 1930, avec COVISA et GAY PRIETO dans le rapport du Congrès de Copenhague, et ce, dans les termes suivants, fort explicites :

« Parmi nos cas d'épithéliomas de la lèvre inférieure, nous avons été surpris de la fréquence avec laquelle ces néoformations coexistaient avec la cheilite glandulaire simple. L'observation de quelques cas sur des sujets extrêmement jeunes (trente-deux ans dans

un cas) nous a conduits à nous poser cette question : cette maladie serait-elle une véritable affection précancéreuse de la lèvre inférieure ? »

Avec les années, les observations s'accumulent, et cette notion d'état pré-cancéreux se précise.

SAINZ DE AJA confirme l'opinion de BEJARANO ; PUENTE apporte un cas personnel d'épithélioma sur lèvre atteinte de cheilite glandulaire simple, en outre il publie deux observations de papillome et d'acanthome de la lèvre.

En 1933, BEJARANO aborde de nouveau cette importante question : d'une part dans une communication à l'Académie espagnole de Dermatologie et de Syphiligraphie ; d'autre part, quelques mois plus tard, dans son rapport au « Congrès international pour la lutte contre le cancer », tenu à Madrid en octobre 1933.

A vrai dire, il n'emploie plus le terme d'affection précancéreuse, mais il dit que la cheilite glandulaire est une affection sur laquelle se développe souvent l'épithélioma. Il parle aussi de dermatose cancérigène.

COVISA, procédant à un essai de classification des affections précancéreuses, classe les cheilites glandulaires parmi les affections accidentellement cancérigènes, avec le lupus, la leucoplasie, la radiodermite.

TOURAINÉ et ses collaborateurs, ont depuis lors insisté à plusieurs reprises sur cette grave complication. Personnellement ils ont vu neuf cancers se développer sur des cheilites glandulaires de toutes variétés.

L'affection étant mieux connue, les observations ne manqueront certainement pas d'affluer. Tout récemment, M. le Professeur GOUGEROT (*Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 décembre 1936), a publié l'observation d'un cancer développé sur une lèvre atteinte de cheilite glandulaire simple.

Sur la centaine de cheilites glandulaires publiées à

ce jour, on note déjà seize cas indiscutables de cancer (neuf de TOURAINE, trois de BEJARANO, un de PUENTE, un de JORDAN et TARABUCHIN, un de NEIRA FLOREZ, un de GOUGEROT).

Si l'on y ajoute les malades porteurs de formations papillomateuses, verruqueuses ou cornées développées sur une cheilite glandulaire (un cas de HECHT, un cas de JAMIESON, un cas de COVISA, BEJARANO et GAY PRIETO, deux cas de PUENTE, un cas de BEJARANO), la proportion s'élève encore.

Pour l'ensemble des observations publiées nous arrivons au chiffre d'au moins 15 pour 100 de cancers avérés et de 5 pour 100 de *lésions hyperplastiques douteuses*, véritables états à la limite du cancer.

Mais la proportion s'élève beaucoup plus lorsque l'attention est attirée sur la question.

C'est ainsi que sur 9 cas de cheilite simple, BEJARANO note trois cancers et une papillomatose.

TOURAINE, sur douze cas de cheilite, a vu neuf cancers.

JORDAN et TARABUCHIN, un cancer sur quatre cheilites suppurées.

Il n'existe pas un type spécial de cheilite exposant particulièrement à cette redoutable complication.

En effet, les cancers ont été observés :

neuf fois sur une cheilite simple ;

sept fois sur une cheilite suppurée (dont une du type VOLKMANN).

L'âge est précisé dans 14 observations :

quatre sujets avaient dépassé la soixantaine (le plus âgé ayant 84 ans) ;

deux avaient entre 51 et 60 ans ;

quatre avaient entre 41 et 50 ans ;

quatre avaient moins de 35 ans : deux de 32 ans, un de 33 ans, un de 34 ans.

De cette statistique d'après l'âge des malades, nous devons tirer cette notion capitale : *la fréquence anormale de ce cancer chez les sujets très jeunes*, puisque dans presque un tiers des cas, le cancer a frappé des malades âgés de moins de 35 ans, et plus de la moitié avant la cinquantaine.

Le plus grand nombre a été observé chez des hommes ; on note deux cas seulement, chez des femmes (un cas de TOURAINE et SOLENTE, un cas de NEIRA FLOREZ).

Le délai d'apparition du cancer après le début de la cheilite est quasi impossible à préciser surtout dans la maladie de PUENTE, puisque celle-ci n'entraînant pas de troubles fonctionnels, reste le plus souvent ignorée du malade.

A vrai dire, les quelques cas où l'on a pu fixer ce début se rapportent à des variétés suppurées.

Il a été de : six mois, 7 mois, un an et demi, 3, 10 et 16 ans, chez six malades de TOURAINE.

Un an chez le malade de JORDAN et TARABUCHIN.

Mais, de ces quelques cas on peut tirer la conclusion suivante ; « le laps de temps, souvent si long, fait penser que la cheilite a bien été primitive, et non pas secondaire au cancer ; elle n'est pas une complication par infection locale, d'un cancer ulcéré, mais le terrain sur lequel s'est formée la tumeur » (TOURAINE).

Cliniquement, le cancer évolue en deux stades.

Dans un premier stade, il se manifeste sous la forme d'une petite pastille érodée d'abord superficielle.

Dans un deuxième stade, cette induration de surface

gagne la profondeur, s'ulcère et bourgeonne, en même temps qu'une adénopathie de caractère néoplasique apparaît, d'ailleurs assez tardivement.

OU S'ORIGINE LE CANCER ?

BEJARANO, COVISA et GAY PRIETO dans leur rapport au Congrès de Copenhague en disent ceci :

« Nous avons recherché dans nos cas à établir le point de départ histologique de l'affection épithéliale. Dans la plupart des cas nous avons pu seulement constater que les glandes salivaires hétérotopiques n'étaient pas le point de départ des épithéliomas qui eux, s'originaient toujours dans l'épithélium de la semi-muqueuse. Dans un cas, nous avons vu le conduit excréteur d'une de ces glandes, inclus dans un bourgeon épithéliomateux, et les cellules épithéliales de revêtement confondues avec des cellules de la tumeur. Nous croyons que c'est précisément sur les orifices terminaux de ces conduits excréteurs que se trouve le plus fréquemment le point de départ des proliférations épithéliomateuses... »

Dans leur première observation (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.* du 12 janvier 1933), TOURAINE et SOLENTE confirment l'hypothèse de BEJARANO, en observant sur la coupe de cette cheilite glandulaire, qui était du « type BAEZ », un minuscule épithélioma spino-cellulaire développé autour du canal excréteur d'une glandule salivaire.

TOURAINE et P. RENAULT (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 mars 1936) ont observé sur une cheilite de VOLKMANN un épithélioma de type spino-cellulaire développé, non pas aux dépens de l'épithélium de recou-

vrement de la lèvre, mais de celui des formations glandulaires profondes. Ils apportent ainsi la preuve avec ce nouveau cas de l'origine glandulaire (et non de surface) de *certain*s épithéliomas sur cheilites.

« La structure spino-cellulaire de cet épithélioma découle de la métaplasie qu'a subie l'épithélium des canaux d'excrétion qui, de cylindrique simple, est devenu pavimenteux stratifié. » (TOURAINÉ et P. RENAUULT).

Le type histologique prédominant est en effet l'épithélioma *spino-cellulaire* typique à nombreux globes épidermiques.

Les douze observations de cancers sur cheilites glandulaires où se trouve consigné un examen histologique conduisent aux chiffres suivants :

neuf spino-cellulaires (six de TOURAINÉ, deux de BEJARANO, un de PUENTE) ;

deux baso-cellulaires (un de BEJARANO, un de NEIRA FLOREZ) ;

un type intermédiaire dit de KROMPECHER (TOURAINÉ).

L'examen histologique n'a pu être pratiqué dans trois cas :

deux cas de TOURAINÉ (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 8 nov. 1934 et 15 nov. 1935) ;

le cas de JORDAN et TARABUCHIN.

Mais cliniquement le diagnostic d'épithélioma semblait évident chez ces trois malades. Le malade de JORDAN et TARABUCHIN, vu une première fois, en novembre 1933, porteur d'une « Maladie de BAELZ », n'était pas suspect d'un cancer ; deux mois plus tard, on notait

sur sa lèvre une érosion infiltrée avec adénopathie, permettant de penser au cancer.

Par extension, en dehors de ces cancers avérés, il faut citer les six cas publiés, où sur des cheilites glandulaires se sont développées des *lésions hyperplasiques*, véritables états à la limite du cancer, qu'il s'agisse de formations *papillomateuses*, *verruqueuses* ou *cornées*.

— Quatre cas se sont développés sur des cheilites simples.

— Deux cas ont évolué sur des cheilites de BAELZ.

Ces derniers cas sont de : JAMIESON ; COVISA, BEJARRANO et GAY PRIETO.

Ces quelques faits montrent que la cheilite glandulaire simple ou suppurée peut être le point de départ d'hyperplasie de l'épithélium de la lèvre.

Ces cas sont particulièrement intéressants, car ils montrent que le processus d'hyperplasie peut s'arrêter, au moins provisoirement, à un stade d'hyperplasie pure ; ou, au contraire, évoluer vers l'hyperplasie atypique de l'épithélioma.

A ce titre, la cheilite glandulaire réalise donc un véritable état *précancéreux*.



FIGURE I

Cheilite glandulaire simple (maladie de PUENTE), chez un homme de 62 ans ; on remarque, sur la zone de KLEIN, les dépressions infundibuliformes, serliées d'un halo leucoplasique ; la muqueuse est ridée et plissée.

(Collection de Monsieur de Docteur TOURAINE, Hôpital Saint-Louis, Cliché Maire).

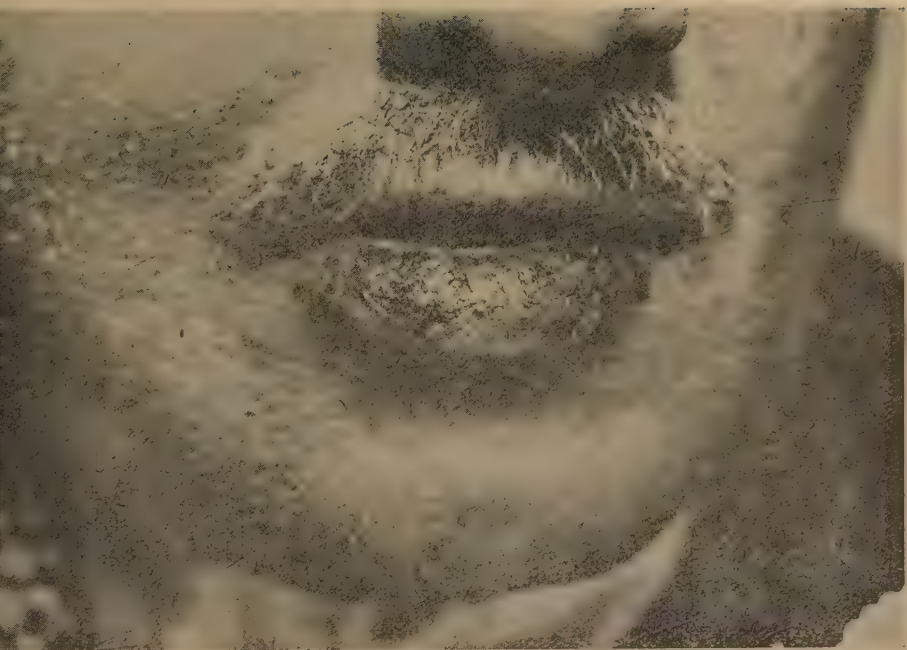


FIGURE II

Cheilite glandulaire suppurée superficielle (maladie de BAEZ),
toute la zone de KLEIN est recouverte de croûtes noirâtres, épaisses,
et humides.

(Collection de Monsieur de Docteur TOURAINE, Hôpital Saint-Louis,
cliché Maire).



FIGURE III

Epithélioma sur maladie de PUENTE, chez un homme de 42 ans ;
ulcération cancéreuse ; remarquer à côté, l'aspect leucoplasiforme
et le signe de la rosée après expression

(Collection de Monsieur de Docteur TOURAINE, Hôpital Saint-Louis,
cliché Maire).

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le premier examen histologique de cheilite glandulaire se rapporte au cas d'ALLAN JAMIESON (1895), il est dû à LEITH.

SUTTON est en réalité le premier auteur qui ait précisé des lésions histologiques des cheilites glandulaires dans son Traité de Dermatologie de 1919.

Après lui il faut citer : PUENTE et ACEVEDO (1927) ; COVISA et GAY PRIETO (1930) ; TOURAINE. Celui-ci a particulièrement bien étudié les caractères histologiques des cancers sur cheilites ; ces caractères ont été précisés dans le chapitre précédent.

RAPPELS DE L'ANATOMIE ET DE L'HISTOLOGIE NORMALES DE LA LÈVRE INFÉRIEURE.

Des trois portions qui constituent chaque lèvre :

Zone cutanée.

Zone muqueuse.

Zone intermédiaire.

Seule la dernière nous intéresse puisqu'elle est le siège des cheilites glandulaires.

Cette zone correspond au bord libre de la lèvre inférieure. Chez un sujet normal elle est de coloration rouge ou rosée ; sa surface est sèche ; elle est légèrement plissée dans le sens transversal ; elle adhère aux plans profonds.

Nettement circonscrite et différente de la zone cutanée, elle se différencie beaucoup moins bien de la zone muqueuse : c'est une demi-muqueuse.

Au niveau de son bord libre, la lèvre présente sa plus grande épaisseur, mais il existe des variations énormes suivant les individus et les races.

L'épithélium de la zone de KLEIN présente une couche cornée typique se différenciant de l'épiderme par 3 caractères :

Absence de poils.

Grande épaisseur de l'épithélium,

Papilles en grand nombre, hautes et rétrécies.

Dans la partie postérieure correspondant à la « *Pars-Villosa* » fœtale, l'épithélium s'épaissit considérablement et prend le type muqueux.

Cette couche cornée qui est sans noyaux, se continue par une assise de cellules aplaties, partiellement cornées, avec noyaux plus ou moins visibles.

La coloration rouge de ce bord libre doit être attribuée selon NEUDSTATTER :

1° A l'abondance des vaisseaux sanguins au niveau des papilles.

2° Aux papilles elles-mêmes qui sont rétrécies et allongées.

3° A la présence d'éléidine dans l'épithélium, qui se comporte à ce niveau d'une façon analogue à celui des ongles.

L'ARMATURE CONJONCTIVO-ÉLASTIQUE :

Si les fibres élastiques ne sont pas aussi développées que dans la zone cutanée, elles forment néanmoins des amas assez denses qui remplissent la lumière des papilles.

Dans la profondeur, ces amas sont plus lâches et en relation avec les fibres entourant des nombreux vaisseaux de la couche profonde.

LES ANNEXES GLANDULAIRES :

Nous entrons avec ce chapitre dans le vif de notre sujet.

En effet, la demi-muqueuse d'une lèvre normale ne contient pas d'annexes glandulaires.

Une exception doit être faite pour les *glandes sébacées* que l'on peut observer avec une certaine fréquence au niveau du bord rouge des lèvres.

Elles prédominent d'ailleurs à la lèvre supérieure, ainsi qu'en témoigne le tableau suivant dû à ACEVEDO qui les trouve dans une proportion de 29 p. 100 sur 1000 personnes examinées.

Lèvre supérieure seule,	235
Lèvre supérieure + lèvre inférieure,	44
Lèvre supérieure + lèvre inférieure, + muqueuse jugale,	8
Lèvre inférieure + muqueuse jugale,	2
Muqueuse jugale seule,	1

Leur développement exagéré correspond à l'aspect décrit chez l'adulte sous le nom de « Maladie de FORDYCE », appellation d'ailleurs défectueuse, car il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'une simple malformation.

Par contre, normalement, il n'existe pas de *glandes salivaires* dans la zone de KLEIN de la lèvre inférieure.

Celles-ci dépendent uniquement de la muqueuse ; nous ajouterons même que dans une lèvre normale les figures et les schémas des classiques les situent à une certaine distance du bord libre (TESTUT ; PRENANT, BOUIN et MAILLARD⁶ ; BEYLOT et BAUDRIMONT).

SCHUMACHER, ZIMMERMANN, dans le traité de MOLLENDORF disent ceci : « les glandes labiales se rencontrent en plus grand nombre à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure. Elles commencent derrière la partie convexe de la lèvre, là où les papilles ont la plus grande hauteur. »

Confirmant ce fait, PUENTE, dans sa monographie, dit textuellement : « Dans des coupes en séries de la partie moyenne de trois lèvres d'apparence normale (lèvres de suppliciés) ; chez des sujets d'âge moyen, du sexe masculin, nous trouvons que les corps glandulaires se trouvent à une distance variant entre 8 millimètres et un centimètre de la partie la plus élevée de la lèvre... Au-dessous de la demi-muqueuse, ou dans son voisinage immédiat, il n'a pas été possible de trouver des images correspondant à des corps glandulaires. Les conduits excréteurs s'ouvrent en pleine muqueuse suivant un trajet plus ou moins horizontal... D'après les données histologiques recueillies dans les traités et les résultats de nos investigations personnelles, la présence de glandes salivaires et de leurs conduits, au niveau du bord rouge, est un fait anormal. »

CHEILITE SIMPLE.

L'étude anatomo-pathologique montre deux faits fondamentaux :

1° La présence de glandules salivaires dans la demi-muqueuse de la lèvre inférieure, situation hétérotopique, puisque cette zone en est normalement dépourvue.

2° L'hyperplasie adénomateuse de ces glandules, à base surtout de cellules muqueuses, avec dilatation de leurs canaux excréteurs, et élargissement de leurs orifices terminaux.

Nous étudierons successivement les caractères histologiques :

Des glandes proprement dites.

De leurs canaux excréteurs.

De la muqueuse labiale avoisinante.

Les glandes du type acino-tubuleux, sont des glandes salivaires mixtes, muqueuses et séreuses.

Il y a prédominance des cellules muqueuses ; leur activité sécrétrice est très exagérée. On les rencontre surtout dans les amas de forme tubulaire.

Quant aux cellules séreuses, elles entrent dans la constitution des alvéoles, et présentent parfois l'aspect connu sous le nom de « *Croissants de GIANNUZZI* » ou « *Lunules de HEIDENHEIM* ».

La paroi des acini est ici très accusée et montre parfois une certaine condensation du tissu conjonctif, avec augmentation en nombre et en épaisseur des fibres élastiques (SUTTON) ; leur lumière est plus large que normalement.

PUENTE et ACEVEDO signalent en outre une légère

réaction inflammatoire du tissu conjonctif péri-acineux.

Les canaux excréteurs sont fortement dilatés sur toute leur longueur ; leur calibre est irrégulier.

Ils sont tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié dont l'épaisseur atteint presque celle de l'épithélium de la surface de la lèvre.

« Ainsi s'explique la grande prédominance du type spino-cellulaire dans les épithéliomas sur cheilites » (TOURAINÉ).

Leur orifice terminal est fortement dilaté.

La muqueuse labiale avoisinante assez hyperplasiée, surtout dans les formes anciennes, a une structure qui rappelle celle de la leucoplasie. En effet :

1° La couche de Malpighi, hypertrophiée, montre une dyskératose légère.

2° Il existe une forte papillomatose et une infiltration plasmo-lymphocytyque modérée du Chorion.

CHEILITE SUPPUREE SUPERFICIELLE

En plus des caractéristiques précédentes que nous rappellerons (Hyperplasie et Hyperactivité des glandes salivaires mixtes hétérotopiques ; élargissement des canaux excréteurs ; épaissement et bourgeonnement de l'épithélium de surface), les lésions spéciales à cette variété consistent d'après TOURAINÉ :

1° Dans l'exagération en véritable acanthome des papilles dermiques et des bourgeons inter-papillaires.

Certaines proliférations peuvent devenir cornées, et constituer des verrucomes, qui paraissent représenter les premiers stades d'une évolution cancéreuse.

2° Dans une infiltration plasmo-lymphocytyque plus dense, autour des glandes et dans le chorion.

L'assez faible intensité de cette infiltration surprend, en regard de l'activité des lésions cliniques.

CHEILITE SUPPUREE PROFONDE

En dehors du cas de Cheilite de VOLKMANN, publié par TOURAINE et P. RENAULT (*Bull. soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 mars 1936), il n'existe pas, dans la littérature, une autre observation de cette variété de Cheilite, comportant une biopsie.

Il s'agissait d'ailleurs d'une forme abcédée, compliquée d'un épithélioma spino-cellulaire.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de Cheilite glandulaire est relativement facile.

En effet, aucune autre affection du bord rouge des lèvres ne réalise l'association des trois signes suivants :

1° Présence au niveau du tiers moyen de la zone de KLEIN, de dépressions infundibuliformes, cerclées d'un halo d'aspect leucoplasique, et centrées par l'ostium du canal excréteur d'une glandule salivaire aberrante ;

2° A ces dépressions de surface, correspondent dans la profondeur, des nodules glandulaires ;

3° Le massage de ces nodules libère une gouttelette de salive, signe de la « *Rosée par expression* ».

Dans la « Maladie de BÆLZ », ces signes ne deviennent apparents qu'après détersion de la surface de la demi-muqueuse.

Il est cependant classique d'éliminer les principales causes d'erreurs suivantes :

POUR LA CHEILITE SIMPLE

— *Les kystes muqueux de rétention* sont en très petit nombre et ils siègent sur la partie muqueuse, intrabuccale, de la lèvre.

— *Les adénomes* constituent de petites nodosités, enchâssées (sans communication avec l'extérieur), dans l'épaisseur de la lèvre ; ils peuvent d'ailleurs co-exister avec les éléments d'une cheilite glandulaire.

— *Le lupus vulgaire tuberculeux* ne touche que secondairement la lèvre inférieure, par envahissement d'un lupus du visage.

Il est lentement migrateur par sa périphérie, tandis que son centre tend vers la sclérose.

On le reconnaît surtout à ses *lupomes*, opalins, jaunâtres et mous, siégeant en bordure de la lésion, en pleine zone d'accroissement.

Ces lupomes sont bien mis en évidence par la vitropression.

— *Le lupus érythémateux* intéresse habituellement la face postérieure de la lèvre.

Il constitue « une nappe rouge, festonnée ou frangée, se propageant à partir d'une plaque de lupus du bord libre de la lèvre » (DARIER).

Il est irrégulier et asymétrique ; habituellement atrophique en son centre, il ne présente cependant pas de dépressions infundibuliformes.

— *La leucoplasie* de la lèvre inférieure est rarement isolée. Elle s'associe presque toujours à une leucoplasie commissurale, linguale ou jugale.

Peu développée, elle se limite à une ou deux taches opalines, semi-transparentes, d'un blanc bleuté.

Plus accentuée, elle forme des placards d'un seul tenant, plus ou moins bien limités, et dont la base est très légèrement infiltrée.

Dans aucun de ces cas on ne trouve les dépressions bien arrondies de la cheilite glandulaire.

Cependant, comme cette dernière, c'est une dermatose cancérigène, surtout dans sa variété leucokératosique de DARIER.

— *Le lichen plan* moins fréquent, moins stable, moins fixe que la leucoplasie, réalise des nappes blanches à limites indécises, en lacis, en réseaux, en îlots irréguliers.

Ses éléments sont minces, souples, non infiltrés.

La localisation à la lèvre s'accompagne habituellement d'un réseau blanc, en feuille de fougère siégeant à la partie postérieure de la face interne des joues. On note parfois aussi les papules caractéristiques sur les avant-bras ou les flancs.

— *La cheilite chronique hyperkératosique ponctuée* décrite par GOUGEROT et O. ELIASCHEFF (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 16 mars 1930), à propos d'un cas ne ressemble pas à la « *Maladie de PUENTE* ». Elle semble s'apparenter plutôt à la « *Maladie de FORDYCE* ».

Elle siège sur la partie moyenne de la lèvre supérieure, à l'union de la demi-muqueuse avec la muqueuse.

Cliniquement, elle est constituée par des formations papuleuses arrondies, de couleur rouge-orangée, semées de petits grains blanchâtres, non saillants.

L'examen histologique montre de l'hyperkératose ; de la spongiose ; une infiltration au pourtour des glandes sébacées et des vaisseaux, avec plasmocytes et quelques cellules rondes ; de l'œdème du corps papillaire.

— *La « Maladie de FORDYCE », ou « état ponctué de*

la lèvre » d'AUDRY, est une simple malformation, très fréquente. (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, août 1899), puisque ACEVEDO, le collaborateur de PUENTE, la trouve chez 29 p. 100 des personnes examinées (« *Revue Odont* », Buenos-Ayres, février 1933).

Son siège de prédilection est la lèvre supérieure, elle s'étend souvent à la face interne des joues (DELBANCO).

Elle consiste en petites taches blanc-jaunâtres, sans dépression centrale, particulièrement visibles lorsqu'on distend la lèvre entre deux doigts.

Le début clinique semble se faire à la puberté ; cette malformation ne nécessite aucun traitement.

Sa coexistence avec une « *Maladie de PUENTE* » est signalée dans le cas de SUTTON.

Histologiquement, elle correspond à une hyperplasie de glandes sébacées aberrantes.

POUR LES CHEILITES SUPPURÉES

La longue évolution, entrecoupée de poussées, des cheilites glandulaires suppurées, permet de les distinguer facilement des cheilites aiguës.

— *L'eczéma aigu* est rarement localisé à la seule lèvre inférieure, et il se propage, de la zone cutanée, aux zones demi-muqueuse et muqueuse.

— Il en est de même pour *l'impétigo* qui présente, outre ses croûtes superficielles douloureuses, des éléments bulleux.

— *L'hydroa* avec ses bulles intra et péri-buccales sera facilement différencié d'une cheilite glandulaire suppurée.

— *La catocheilite des Moissonneurs* (MORETTI) est une affection saisonnière, passagère, d'allure nettement inflammatoire.

— *La cheilite à frigore*, d'observation courante, pendant l'hiver, survient chez des individus jeunes, de tempérament lymphatique.

Elle est caractérisée par la formation de croûtes séro-hématiques recouvrant des fissures déprimées et douloureuses ; les deux lèvres sont intéressées, œdématisées, et présentent par places une desquamation irrégulière et parcellaire.

— *La cheilite du rouge* donne lieu à un œdème intense avec placards rouges, squameux et fissurés.

Très souvent, on observe, en outre, des soulèvements phlycténulaires avec formation de croûtes impétigineuses. (AUDRY et VALDIGUIER, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1928, p. 623 ; VIGNE et BOYER, *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 1932, p. 363).

Du point de vue étiologique, l'éosine ou d'autres dérivés de la fluorescéine ont été incriminés.

Il semble qu'une prédisposition personnelle régit l'apparition de cette cheilite, par intolérance individuelle ou même anaphylaxie (GOUGEROT). Le rôle des rayons lumineux ne paraît pas démontré (SEZARY).

— De la cheilite du rouge il faut rapprocher les *cheilites d'irritation* par contact de mets épicés, de tabac, de dentifrices au salol, etc.

— En dehors de ces cheilites aiguës, le bord rouge de la lèvre inférieure peut être intéressé dans les *stomatites aiguës*, infectieuses ou toxiques, les *aphtes* chroniques récidivants.

— *Le chancre syphilitique*, papulo-croûteux à ce niveau, a pour lui son adénopathie caractéristique. Or, les cheilites glandulaires, non compliquées d'épithélioma, ne s'accompagnent d'aucune réaction ganglionnaire.

— *Les plaques muqueuses* seront aussi facilement éliminées.

— *L'herpès récidivant* peut s'infecter et s'impétiginiser. Il est particulièrement tenace et signalé par FOURNIER comme assez fréquent chez des syphilitiques traités au mercure par voie buccale.

Mais : « ses conditions étiologiques spéciales, la fréquence des poussées, son extension à la face interne des lèvres et à la bouche, en facilitent le diagnostic ». (TOURAINE).

A vrai dire, seule la *cheilite exfoliative* de CROCKER a quelques rapports cliniques avec la cheilite suppurée, surtout du « Type BAEZ ».

C'est pourquoi cette affection retiendra notre attention, à la fin de ce chapitre de diagnostic différentiel.

Connue depuis longtemps, la cheilite exfoliative est décrite sous les appellations suivantes, dans certains traités :

- Pytiriasis rosé des lèvres (ROYER).
- Eczéma exfoliant des lèvres (BESNIER et DOYON).
- Psoriasis labialis (BATEMAN).
- Desquamation persistante des lèvres (BROCQ).
- Maladie de MICKULICZ-KUMMEL.

C'est une affection de l'adolescence et de l'âge moyen, qui se localise le plus souvent à la lèvre inférieure, comme la *cheilite glandulaire*. PUENTE, dans sa monographie sur la cheilite glandulaire, la dit moins fréquente que cette dernière. Il en rapporte deux cas authentiques.

Plus récemment, JORDAN et TARABUCHIN (de Moscou) (*Dermat. Zeitschrift*, LXX, janvier 1935) ont pensé qu'il convenait d'incorporer la cheilite exfoliative à la cheilite suppurée. « Sans doute, les signes, l'évolution, sont-ils quelquefois les mêmes et s'agit-il, dans les deux cas, d'une suppuration de surface. Mais les au-

teurs russes ne signalent, dans leurs 14 cas de cheilite exfoliative, ni adénomes intra-labiaux, ni dépressions de la demi-muqueuse, ni « signe de la rosée par expression ». Il n'y a donc pas de participation glandulaire » (TOURAINÉ) (*Synthèse*, février 1936).

D'ailleurs, depuis longtemps, BROCC (1907), SUTTON (1909) disent la cheilite aspotémateuse de VOLKMANN tout à fait différente de la cheilite de CROCKER.

Cette variété de cheilite débute de façon insidieuse par une fine desquamation persistante sans cesse récidivante. Elle intéresse d'abord la partie moyenne de la zone de KLEIN, puis s'étend vers les commissures.

Les squames ou petites pellicules adhérentes se détachent par leurs bords, leur partie centrale reste assez longtemps adhérente, elle se détache en dernier lieu.

Sous ces squames qui se reproduisent de façon incessante, la surface de la lèvre est d'un rouge intense.

Les malades déclarent éprouver localement une sensation de sécheresse, de rugosité, de tension, et parfois des brûlures. Mais, tous ces troubles fonctionnels sont en général très supportables.

Après une période plus ou moins longue de fine desquamation, des croûtes épaisses et noirâtres se forment. Elles recouvrent une muqueuse fissurée, érodée, exulcérée.

La lèvre dans son ensemble est tuméfiée et œdémateuse.

Le processus peut gagner la lèvre supérieure, et dans certains cas, il s'y associe une fine desquamation de la pointe de la langue.

L'évolution est tenace, quasi indéfinie ; cependant on note des périodes de rémissions.

BESNIER, STELLWAGON signalent l'association possible de la cheilite exfoliative, avec une dermatose séborrhéique de la face et du cuir chevelu.

Récemment, GAY PRIETO et CAZORLA ROMERO (*Actas Dermosif*, n° 8, 1933) ont relaté une association des deux cheilites : exfoliative et glandulaire.

Mais ainsi que le fait remarquer PUENTE, « il faut se rappeler que dans beaucoup de cas, une lèvre atteinte de cheilite glandulaire simple présente une fine desquamation visible ; on peut supposer que l'existence d'un processus inflammatoire sous-jacent peut exagérer ce symptôme ».

La cheilite exfoliative est souvent due à des irritations répétées, locales (dentifrices, fards) ; des infections chroniques de la bouche et du nez peuvent également être incriminées.

Dans l'un des deux cas récents de PUENTE, il s'agissait d'une femme de 42 ans ; les deux lèvres étaient intéressées ; le début remontait à un an et demi. La malade attribuait cette affection à un abus de dentifrice et d'eau oxygénée. Leur suppression n'améliora que momentanément la lésion, car il y eut récurrence dans les six mois. Bien détergée la lèvre se montrait vierge de points de cheilite glandulaire.

La seconde observation, relatée par PUENTE, concerne un médecin. A la suite d'injections de scopola mine et d'atropine à hautes doses pratiquées pour des manifestations douloureuses de lithiase rénale, il ressentit très rapidement une sensation de sécheresse intense de la bouche et des lèvres.

Mais dès le 3^e ou 4^e jour, la lèvre inférieure était le siège d'un prurit assez marqué qui coïncidait avec la formation de squames au niveau du bord rouge.

Très rapidement se constituèrent des fissures douloureuses et saignantes. PUENTE signale que des applications locales de sérum physiologique améliorèrent ce malade.

CANCERS SUR CHEILITES

L'épithélioma développé sur une cheilite glandulaire sera difficilement confondu avec une cheilite abrasive.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La plupart des auteurs ayant porté intérêt à la cheilite glandulaire, après VOLKMANN, ont signalé l'inefficacité d'un traitement général anti-syphilitique, et s'en tiennent aux traitements locaux.

VOLKMANN note l'insuccès, chez ses malades, d'applications répétées de teinture d'iode. Il obtint des améliorations par des pansements au chlorate de potasse et l'iodure de potassium administré par voie buccale.

UNNA, par contre, tout comme son maître BAEZL, guérit ses malades par la teinture d'iode. Pour UNNA, la teinture d'iode semble être le médicament spécifique de la maladie.

PURDON écrit que l'arsenic ne lui fut d'aucun bénéfice, non plus que le chlorate de potasse, le tanin, la glycérine, le borax, l'iodoforme.

JAMIESON, dans son cas, fit tomber les croûtes par de l'acide borique ; cautérisa avec de l'eau contenant 50 % d'acide lactique ; entre les pulvérisations, il mettait un emplâtre au zinc-ichtyol. Tout ce traitement, dit-il, « fit très mal, mais l'aspect fut grandement amélioré ».

A vrai dire, « contre la cheilite glandulaire simple,

une thérapeutique de surface reste sans effets. Les antiseptiques usuels : l'iodure de potassium, la teinture d'iode, la solution de Lugol, si souvent employés, n'ont donné que des améliorations passagères ; la récurrence est de règle » (TOURAINE).

CHEILITE SIMPLE

Le seul traitement efficace consiste en la destruction des micro-adénomes salivaires, substratum anatomique de toute cheilite glandulaire.

Dans ce but, SUTTON, dès 1909, propose la *radiothérapie*, et il signale, dans le cas qu'il rapporte, une amélioration rapide grâce à cette thérapeutique, avec disparition des orifices glandulaires de la surface de la demi-muqueuse.

BEJARANO a également employé avec succès la radiothérapie.

PUENTE et ACEVEDO ont proposé, dès 1927, la destruction des glandules salivaires et de leurs canaux excréteurs, par l'*électro-coagulation*.

Actuellement, dans son service de l'Hôpital Saint-Louis, notre Maître, M. le Docteur TOURAINE, donne la préférence à la *galvano-cautérisation* et à l'*électro-coagulation*.

Dans un cas vu récemment et non publié, M. le Professeur Agrégé SEZARY, eut recours à une décortication chirurgicale superficielle ; cette intervention peut, dans certains cas, être difficilement acceptée par les malades.

La technique de la galvano-cautérisation ou de l'électro-coagulation est la suivante :

Après anesthésie à la novocaïne, on repère soigneusement chaque dépression infundibuliforme de la sur-

face, en s'aidant au besoin du « signe de la rosée par expression ».

Les dépressions étant repérées, on maintient entre le pouce et l'index de la main gauche, l'adénome grain de plomb que l'on veut détruire, et l'on enfonce alors la pointe fine du galvano-cautère jusqu'à la limite inférieure du micro-adénome.

La cicatrice résultant de cette petite intervention est négligeable.

Dans les formes d'intensité moyenne, 3 à 4 séances suffisent en général, car on peut facilement détruire 4 à 5 éléments au cours d'une même séance.

CHEILITES SUPPUREES

Dans cette variété, avant de détruire les micro-adénomes, il faut guérir l'infection.

La détersion de la lèvre inférieure, dans la « *Maladie de BÆLZ* », sera facilitée par des pulvérisations ou des pansements humides renouvelés fréquemment.

Des applications de pommades au baume du Pérou, à l'oxyde jaune d'hydrargyre, au collargol ; des attouchements répétés à la liqueur de Lugol, achèveront la guérison, aussi bien dans la « *Maladie de BÆLZ* », que dans la « *Maladie de VOLKMANN* ».

L'élément infectieux supprimé, on procédera alors à la destruction des micro-adénomes, comme dans une cheilite glandulaire simple.

CANCERS SUR CHEILITES

Dès le moindre doute, une *biopsie* devra être pratiquée, pour confirmer le diagnostic clinique de cancer.

Le traitement est alors celui du cancer de la lèvre. Celui-ci sera attaqué sans délai par l'*exérèse chirurgicale*.

Si l'exérèse est impossible, il faut recourir à la *Radiumthérapie* sous forme d'un appareil moulé de surface, lorsque l'épithélioma est superficiel. Si cet épithélioma est en situation profonde, on posera des aiguilles de Radium.

OBSERVATIONS

MALADIES DE PUENTE

Nous avons relevé, dans la littérature, 74 observations de cheilites glandulaires simples ou maladies de PUENTE. Nous donnerons seulement le texte des observations les plus importantes ; pour les autres, nous indiquerons les références bibliographiques.

AVANT 1926

I. — R. SUTTON (The Journ. of Cut. Dis., Soc. Derm. Philadelphie, 1909, p. 150).

WHG..., homme de 30 ans, apprenti mécanicien, envoyé à moi par le Docteur HARMON T. RHOADES.

Histoire de la famille. — Le père, enfant d'une robuste famille de quatre fils, fermier dans les environs, mourut de troubles intestinaux en 1893, à 56 ans.

Bien avant sa mort, il souffrait d'une affection de la lèvre inférieure, semblable à celle qui touche actuellement son fils ; celle-ci l'importunait plus à certains moments qu'à d'autres, mais on ne pouvait incriminer aucune cause précise aux exacerbations.

Il n'était pas sujet aux maux de gorge, ni aux amygdalites, mais, aussi loin qu'il pouvait se souvenir, il se plaignait d'une sécrétion salivaire exagérée ; sa santé était excellente jusqu'en 1864 ; à partir de ce moment, il commença à souffrir de dysenterie chronique contractée aux armées, c'était un chiqueur et un fumeur invétéré, mais pas excessif.

La mère vivait en bon état et était âgée de 70 ans.

Il avait six sœurs, toutes mariées et ayant de beaux enfants.

Il avait un frère qui mourut enfant (diarrhée d'été).

Le sujet était marié depuis seize mois et avait un superbe enfant de six mois.

Histoire personnelle.

Le sujet est né en Indiana et habite Winfield (Kansas), il n'avait jamais eu de maladie vénérienne d'aucune sorte. Pas de maladie sérieuse, il ne buvait jamais de liqueurs, ni ne fumait.

Maladie actuelle. — Quant il avait 8 ans environ, sa mère s'aperçut la première que sa lèvre inférieure était plus épaisse que la lèvre supérieure et que sa surface muqueuse était couverte d'un mucus clair et adhérent.

Un examen attentif montrait, deux ans après, que les orifices folliculaires étaient dilatés. Il ne ressentit jamais de douleurs.

La lèvre supérieure, pas plus d'ailleurs que les commissures, ne furent atteintes ; on ne nota jamais d'abcès. A deux ou trois reprises, la sécrétion fut assez abondante et assez mucilagineuse pour que le malade se réveille avec les lèvres collées.

L'exposition au soleil ou au vent sec semblent être les circonstances les plus défavorables. L'irritation que provoquent ces facteurs s'étend à la peau adjacente, ceci provoque un érythème net accompagné de prurit ; actuellement et de tout temps, autant que le malade peut s'en souvenir, existe une inflammation catarrhale bucco-pharyngée assez importante.

Examen. — Les amygdales sont normales mais un peu rouges. Le mucus qui s'écoule de la muqueuse bucco-pharyngée, est plus abondant que normalement, sa composition est plus épaisse et plus visqueuse ; on ne trouve aucune plaque ni ulcération. Les dents sont en bon état, les

glandes parotides et sous-maxillaires ne sont pas palpables, il n'y a pas de trace de ganglions. Sur la muqueuse buccale, à une distance de 1 centimètre d'un côté et deux de l'autre, des deux commissures, une plaque ovale mesurant environ 5 cm² existe sur les deux faces de la lèvre ; plaque de petites masses ressemblant à celles de la maladie de FORDYCE, elles sont de couleur jaune et sans élévation. La lèvre supérieure est apparemment intacte, la lèvre inférieure est considérablement épaissie, plus raide et moins mobile que normalement. Les glandes muqueuses augmentées sont senties à travers la muqueuse, semblables à de petits paquets de grains de plomb, la lèvre est quelque peu éversée comme si le sujet faisait la moue. La muqueuse couvrant la partie postérieure de la lèvre est bosselée, toute la surface est ponctuée des orifices agrandis des follicules glandulaires. On en compte 32 en tout, certains plus grands que d'autres ; on ne distingue les plus petits qu'en regardant attentivement ; les 12 plus gros admettent l'extrémité arrondie d'un stylet qui y descend d'un 1/2 centimètre. Il y a une surprenante absence de sensibilité à la manipulation. Le bord antérieur de la lèvre et la peau adjacente qui est imberbe est le siège d'un léger érythème, mais sans prurit ni sensation quelconque.

Quand la lèvre est saisie entre les doigts et exprimée du contenu des glandes hypertrophiées, le mucus visqueux apparaît à l'orifice des conduits comme de petites gouttes de la valeur d'une tête d'épingle. L'autorisation de faire une biopsie a été énergiquement refusée.

Les rayons X constituent, à ce qu'il semble, le traitement idéal.

A l'heure actuelle, le sujet a reçu six séances de 4 minutes, bi-hebdomadaires, avec des rayons mous, à 15 centimètres de distance, et une très petite quantité de courant ; j'essaie d'obtenir le maximum d'atrophie avec le minimum d'irritation ; on peut constater une amélioration remarquable ; l'abondance de la sécrétion est diminuée, le patient se sent mieux que jamais. Les orifices glandulaires deviennent imperceptibles.

II. — HOWARD FOX (The Journ. of. Cut. Dis., 1909, p. 229).

III. — SCHAMBERG (The Journ. of. Cut. Dis. Soc. Derm. Philadelphie, 1911, p. 449).

Homme de 44 ans, présentant une malformation intéressante de la lèvre inférieure, qui existe depuis deux ans. Cinq petits, mais distincts orifices, sont notés sur la partie médiane du bord vermillon de la lèvre inférieure ; l'expression fait sourdre un liquide un peu trouble. Une leucoplasie de la même région de la lèvre inférieure et aussi des joues, coexiste avec cette malformation.

IV. — HARTZELL (The Journ. of. Cut. Dis., Soc. Derm. Philadelphie, 1911, p. 449).

V. — WISE (The Journ. of. Cut. Dis., Soc. Derm. Manhattan, 1911, p. 504).

Homme de 31 ans, né en Allemagne. La lésion a débuté il y a six ans sur la partie moyenne de la lèvre inférieure. La lèvre entière présente actuellement un grand nombre d'orifices glandulaires dilatés, desquels on fait sourdre un tenace mucus. Bien que le patient nie toute syphilis, nous l'avons soumis à un traitement anti-syphilitique, sans aucun résultat. Une recherche du spirochète s'est montrée négative. Le sujet avait en plus une langue scrotale.

VI. — WISE (Arch. of Derm. and Syph., Soc. Derm. Manhattan, 1920, t. I, p. 468).

VII. — HECHT (Ein Fall von erblicher Schleimdrüsen — hypertrophie un Munde —. Arch. f. Dermo. Syph., CXXX, 1921, p. 301).

Homme de 28 ans. — Lupus érythémateux de la paupière depuis 4 ans. Père fou ; mère ayant fait un ictus ; un frère et une sœur morts à 5 et 3 ans ; ensuite, un frère et deux jumeaux.

Début de l'affection à 21 ans ; sur la lèvre inférieure, à droite et à gauche, deux zones d'excroissance, symétriques, rondes ou elliptiques, de 4 à 6 millimètres de diamètre, empiétant sur la muqueuse de la joue ; un seul petit élé-

ment à la lèvre supérieure ; hauteur, 2 millimètres, limites nettes ; la muqueuse est plus pâle à leur niveau.

On sent des nodules disséminés dans la lèvre inférieure.

Histologie. — Forte hyperplasie de l'épithélium, avec acanthose ; inflammation des glandes muqueuses ; pas d'épithélioma ; exagération 4 à 6 fois des papilles ; hypertrophie des glandes muqueuses, rondes, entourées d'une capsule fibreuse.

VIII. — BUTLER et ODLAND (Arch. of. Derm. and Syph., soc. Derm. Minnesota, 1922, t. VI, p. 644).

Homme de 74 ans, ancien marchand de couleurs ; l'affection a débuté il y a huit ans. La lèvre inférieure, épaissie, œdémateuse, éversée, est parsemée de grains ; leur pression fait sourdre des gouttelettes d'une sécrétion brillante, au niveau d'orifices de glandes muqueuses. Le malade présente une longue histoire de catarrhe nasal chronique.

APRÈS 1926

Nous avons relevé 66 observations. En dehors de l'observation de :

REYES DE LOS (Arch. of. Derm. and. Syph., 1933, tome I, page 132), trois auteurs ont publié des « *Maladies de PUENTE* » entre 1926 et 1936 : PUENTE, BEJARANO, TOURAINE.

I. — 51 observations de PUENTE : analysées dans une monographie intitulée : « La queilitis glandular simple y estados allegados » (Buenos-Aires ; Imprenta Mercatali, Avenida Acoyte 271, 1934). Nous reproduisons cinq de ces observations :

OBSERVATION I. — *Cheilite glandulaire avec rétraction cicatricielle de la peau.*

(Cas 43 de la statistique de PUENTE)

C'est un cas très accentué avec forte ectropion des lèvres par rétraction cutanée, à la suite d'une radiodermite consécutive à une application malheureuse de R. X, pour traiter une folliculite intense et chronique de la barbe. Nous avons observé alors les orifices propres de la cheilite glandulaire très dilatés et en grand nombre.

Marcel BEG., 30 ans, basque. Il y a 6 ans, folliculite de la barbe et de la moustache, traitements multiples. En dernier lieu, radiothérapie, qui entraîne une radiodermite très inflammatoire. On lui fait un traitement par le néosalvarsan ; à la 4^e injection érythrodermie vésiculo-œdémateuse typique qui guérit en 3 mois. Il est examiné par nous à cette occasion.

L'érythrodermie guérie, nous avons observé avec clarté, aux lèvres inférieure et supérieure, des cicatrices et des brides marquées et radiées qui provoquent l'éversion plus marquée à la lèvre inférieure.

Dans cette lèvre, grande quantité de points de cheilite glandulaire sous la forme de dépressions infundibulaires de plusieurs millimètres de diamètre. Quelques-unes sont entourées d'un halo érythémateux et sont placées à la partie postérieure juxta-muqueuse, de la zone de KLEIN.

La lèvre, charnue et très éversée, montre, quand la bouche est fermée, une partie de la zone muqueuse au contact avec l'air.

Dentition normale ; légère gingivite. A la muqueuse jugale, au voisinage des commissures, existe une leucoplasie débutante, dans cette zone et dans le reste de la muqueuse buccale, on n'observe pas d'orifices dilatés de glandes salivaires.

OBSERVATION II. — *Cheilite avec épithélioma de la lèvre.*

(Cas 47 de la statistique de PUENTE)

M... GONZ..., 33 ans, Espagnol. — Pas d'antécédents à relever, robuste, travailleur des champs, niant toute ma-

ladié vénérienne, WASSERMANN négatif, fumeur invétéré. Peau épaisse, avec kératinisation, avec des dépressions et des cicatrices qui donnent au tégument l'aspect d'une écorce de mandarine. Nous attirons l'attention sur l'aspect sénile, très marqué, du tégument, anormal pour l'âge du sujet.

Lèvre inférieure. — Légèrement hypertrophiée. Chéilite glandulaire avec des orifices bien visibles, à son siège habituel, surface de la zone du bord rouge de la lèvre, plissée, avec une desquamation irrégulière, grossière, sur la moitié gauche ; plus près de la commissure que de la partie médiane, on observe une formation analogue à une pastille, de un centimètre de diamètre, dure, avec sa partie centrale déprimée, recouverte d'une croûte kératinisée et squameuse. Avec une certaine difficulté on peut enlever cette croûte en provoquant une petite hémorragie. L'infiltration nette, se prolonge d'une façon diffuse vers la partie antérieure de la lèvre, sa consistance ferme se différencie bien du reste de l'organe qui donne la sensation caractéristique. Il n'y a pas d'adénopathie régionale à la palpation ; le Chirurgien Vicente GUTIERREZ nous a adressé la pièce après ablation large en coin. Dans un 2^e temps, il a fait l'ablation des groupes ganglionnaires régionaux.

Histologie. — La formation néoplasique se trouve située à la partie antéro-supérieure de la lèvre. C'est un épithélioma de type *spino-cellulaire* caractérisé par son grand nombre de globes cornés. Les perles épithéliales arrivent jusqu'au contact des faisceaux musculaires qui ne sont ni détruits ni infiltrés. Il y a une forte stroma-réaction à base de cellules mononucléaires. Le tissu élastique n'existe pas dans les zones envahies par le néoplasme. Au niveau de la portion cutanée, grandes masses diffuses, sans structure, qui occupent la lumière des papilles, et sont de coloration plus acidophile. Le tissu collagène est de réaction basophile accentuée.

OBSERVATION III. — *Cheilite avec formation kératosique de la lèvre.*

(Cas 51 de la statistique de PUENTE)

Maria MELEN..., 25 ans, Espagnole. — Psoriasis depuis 10 ans à forme d'éléments militaires et lenticulaires. Depuis 5 ans, apparition à la lèvre inférieure, près de la partie moyenne, d'une formation squameuse de la taille d'une petite lentille, allongée, à grand axe transversal ; au-dessous d'elle surface érosive et légèrement saignante. Il existe quelques points de cheilite de voisinage. Dents et gencives normales. On pratique l'ablation chirurgicale et de la radiothérapie locale.

Histologie. — Formations cornées typiques, d'épaisseur variable suivant le siège, placées sur une couche épithéliale de surface irrégulière et anfractueuse. La couche épithéliale présente à certains endroits des bourgeons interpapillaires, larges, avec des cellules œdémateuses, et à d'autres endroits des bourgeons amincis. Le chorion montre une grande dilatation vasculaire avec des infiltrations fibro-élastiques péri-vasculaires qui s'étendent en dedans de la lumière des papilles, et dans la profondeur, vers la zone cellulo-graisseuse ; on n'a pas pu démontrer la relation de cette formation cornée avec les conduits glandulaires.

OBSERVATION IV. — *Cheilite avec formation kératosique de la lèvre.*

(Cas 49 de la statistique de PUENTE)

Dora BAJAR..., 45 ans, israélite. Antécédents sans intérêt. Consulte pour une lésion de la lèvre inférieure (côté droit). Il y a 5 ans, apparition à la lèvre inférieure d'une sorte de verrue, non saignante, ne l'inquiétant pas.

Lèvre inférieure. — Demi-muqueuse de couleur rose,

léger œdème avec ectropion minime et points de cheilite glandulaire. Au côté droit, à un centimètre de la commissure, existe une formation de 5 millimètres, d'aspect verruqueux, dure, rugueuse. On ne note pas d'infiltration de la base. La partie muqueuse de la lèvre est rose, pâle, avec quelques points d'hyperkératose. A la palpation, hypertrophie des glandes salivaires.

Lèvre supérieure. — Normale, avec quelques sillons très marqués. Joues œdémateuses de couleur rose pâle, normale, gencives gonflées, roses-pâles. Dents bien calcifiées et implantées. Pas de pyorrhée. Quelques caries, tartre surtout des dents inférieures. WASSERMANN négatif. Bon état général. Ablation chirurgicale.

Histologie. — Couche cornée très épaisse, 3 à 4 fois l'épaisseur de l'épithélium sous-jacent ; formée par des couches cornées, déhiscentes, avec des images nucléaires très vagues ; les couches supérieures ont un aspect croûteux et sont pleines de détritux et de noyaux cellulaires.

Epithélium. — Dans les portions où la formation kératosique est moins développée, c'est-à-dire à la partie périphérique, on observe 2 ou 3 rangs de stratum granulosum avec des cellules œdémateuses et des granulations très nettes et grosses qui font place à une couche de cellules parakératosiques qui disparaissent rapidement dans la zone de plus grande épaisseur ; l'hyperparakératose repose directement sur le corps muqueux de MALPIGHI. A ce niveau, acanthose discrète : papilles élargies de contours irréguliers, proliférantes. Les cellules de la couche basale sont grandes avec un protoplasma bien coloré et un noyau vésiculeux ; on voit quelques rares figures de mitoses. Audessous, dans le chorion, il y a une forte infiltration de cellules rondes, surtout des lymphocytes et des rares fibroblastes et plasmazellen qui envahissent les trames du tissu cellulo-graisseux. Les vaisseaux dilatés présentent des lésions de péri-vascularite. La glande salivaire incluse dans la coupe est constituée presque entièrement par des cellules séreuses et ne présente pas de lésions appréciables. Le tissu élastique a disparu dans la zone infiltrée.

Diagnostic. — Epithélioma en formation.

OBSERVATION V. — *Cheilite avec épithélioma
de l'aile gauche du nez.*

(Cas 6 de la statistique de PUENTE)

Soledad MORT..., femme de 43 ans. Antécédents sans intérêts. Il y a 13 ans, apparition d'une « verrue » à la partie supérieure du sillon naso-génien gauche, au-dessous de l'angle interne de la paupière ; augmentation progressive avec formation de croûtes qui saignent quand on les enlève. Bords surélevés irréguliers, avec des zones érosives de couleur rose-pâle, infiltration typique.

Examen histologique. — Epithélioma baso-cellulaire. Dans la zone de transition, nombre discret d'éléments glandulaires avec orifices irréguliers, dilatés, roses-violacés, d'un demi-centimètre de diamètre. A la pression, légère hernie de ces glandules, et gouttes de liquide transparent.

II. — 9 observations de BEJARANO :

a) Huit observations sont analysées dans : « *Actas Dermo sifiliograficas* », XXI, 1928-29, p. 245 et p. 504.

b) Une observation est relatée dans : « *Actas Dermo sifiliograficas* », énero de 1935, XXVII, n° 4, p. 405.

III. — 5 observations de TOURAINE :

OBSERVATION I. — *Epithélioma sur maladie de PUENTE*

(TOURAINE et SOLENTE. — Bull. soc. fr. derm. et-syph.,
8 nov. 1934)

Homme d'une cinquantaine d'années que nous n'avons pu examiner qu'une seule fois à la consultation externe. Il n'a pas répondu à nos diverses convocations. Il présentait, sur la partie moyenne du bord rouge de la lèvre inférieure, un nodule dur, de la taille d'une noisette, à surface croû-

teuse, qui existait depuis plusieurs mois et prenait progressivement étendue et relief. Le diagnostic clinique était, sans conteste, celui d'épithélioma végétant. Il existait d'ailleurs une adénopathie sous-maxillaire, déjà importante. Sur le reste de la lèvre, on voyait quelques traînées de leucoplasie opaline, ainsi qu'à la face interne des joues, près des commissures, la langue était indemne. Dans la zone de KLEIN, on distinguait plusieurs minuscules dépressions d'où la pression pouvait faire sourdre quelques gouttelettes de salive. Nous n'avons pu faire ni biopsie, ni examen approfondi. Nous savons seulement que, ce même jour, la réaction de WASSERMANN était négative. La clinique permet cependant d'affirmer qu'il s'agissait d'un cancer de la lèvre développé sur une cheilite glandulaire simple.

OBSÉRVATION II. — *Epithélioma sur maladie de PUENTE*

(TOURAINÉ, SOLÉNTÉ, SAMBRON et DUPERRAT.

Bull. soc. fr. Derm. et syph. 14 nov. 1935)

P... Pierre, âgé de 44 ans, consulte le 23 septembre pour une lésion croûteuse de la lèvre inférieure, apparue il y a 6 ou 7 mois, et qui s'étend régulièrement. Une fois la croûte aisément enlevée, on voit, assez exactement sur la ligne médiane de la zone de KLEIN, une ulcération arrondie, d'environ 15 millimètres de diamètre, à fond irrégulier, bourgeonnant, qui repose sur une masse indurée, arrondie ; celle-ci infiltre profondément l'épaisseur de la lèvre inférieure. Sur le reste de la demi-muqueuse, rendue légèrement blanchâtre par une leucoplasie opaline diffuse on distingue aisément de nombreuses petites dépressions cratéri-formes, entourées d'un îlot circulaire de leucoplasie plus condensée, plus blanchâtre. On en compte une quinzaine, surtout le long de l'union de la zone de KLEIN avec la muqueuse. L'expression de la lèvre fait sourdre de la moitié environ d'entre elles de fortes gouttelettes de liquide muqueux clair. Si on étanche la lèvre, on peut, par nouvelle expression, obtenir de nouvelles gouttelettes aussi importantes, toutes les 4 à 5 minutes, assez volumineuses pour se voir facilement sur une photographie. Ces pertuis répon-

dent dans la profondeur de la lèvre, à de petites nodosités très dures, arrondies, bien limitées, de divers calibres : les plus grosses paraissent avoir un diamètre de trois millimètres.

L'examen de la bouche montre un léger gonflement des gencives, un dépôt épais de tartre sur les incisives inférieures. Il n'existe pas de leucoplasie buccale, pas de dents cariées, pas d'adénopathie cervicale. L'état général est très bon, on ne note aucune déficience des principaux organes, pas d'état atrophique de la peau. Le malade a contracté la syphilis en 1922 ; ce fut sa seule maladie. Il subit un traitement régulier, pendant 3 ans, à l'hôpital de Saint-Ouen, et sa sérologie, positive en 1922, est restée dès lors négative ; elle l'est encore aujourd'hui.

Une *biopsie* pratiquée le 30 septembre, montre l'existence d'un épithélioma *spino-cellulaire* au niveau de l'ulcération. Ce malade, auquel nous conseillons l'exérèse, est perdu de vue.

OBSERVATION III. — *Epithélioma sur maladie de PUENTE*

(TOURAINÉ, SOLENTE, SAMBRON et DUPERRAT,

Bull. soc. fr. derm. et syph., 14 nov. 1935)

M... Joseph, âgé de 42 ans, n'a été examiné qu'une seule fois, en avril, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis. Il ne s'est pas représenté depuis, son observation est donc sommaire ; mais nous possédons la photographie de sa lèvre. Il demandait conseil pour une plaie qui siégeait sur le quart droit de la lèvre inférieure près de la commissure. Cette ulcération, extensive depuis 3 ou 4 mois, arrondie, d'un diamètre d'environ 12 millimètres, était indurée, végétante, saignante et avait tous les caractères d'épithélioma actif. Sur le reste de la lèvre, à l'union de la zone de KLEIN et de la partie muqueuse, on distinguait une dizaine de dépressions cratériformes entourées d'un halo leucoplasique, d'où l'on pouvait à l'expression, faire sourdre quelques gouttelettes de liquide clair. Il n'y avait pas d'adénopathie satellite. Mais l'état de la bouche était défectueux, avec gonflement des gencives et tartre dentaire. Nous n'avons pu pratiquer ni examen de sang ni biopsie.

OBSERVATION IV. — *Epithélioma sur maladie de PUENTE*

(TOURAINÉ, SOLENTE, SAMBRON et DUPERRAT,

Bull. soc. fr. derm. et syph., 14 nov. 1935)

M... Baptiste, âgé de 57 ans, nous consulte le 16 octobre dernier pour une plaie de la lèvre inférieure qui remonte à environ 2 mois et demi. Il en fait remonter la cause à divers traumatismes, tels qu'une morsure il y a quelques années et une brûlure de cigarette en 1934. Cette plaie se recouvre parfois d'une mince croûte ; mais jamais celle-ci ne s'est étendue sur le reste de la lèvre. A l'heure actuelle, on constate, sur la lèvre inférieure et près de la commissure gauche, une nodosité du volume d'un pois, A l'autre extrémité de la même lèvre se voit un petit angiome vermillon, légèrement saillant.

Entre ces deux néoformations, on distingue quatre petites dépressions cratériformes dont on fait sourdre à l'expression un liquide clair, et qui répondent à de petites nodosités dures, dans l'épaisseur de la lèvre. On note un dépôt modéré de tartre sur les incisives inférieures, quelques caries dentaires, un léger gonflement érythémateux de la gencive inférieure. Le malade nie la syphilis et les réactions de WASSERMANN et de KAHN sont négatives. Sa femme a cependant eu deux fausses-couches non provoquées. A l'occasion de la biopsie, pratiquée le 18 octobre, le malade a présenté, au cours d'une perte passagère de connaissance des convulsions cloniques de la moitié droite de la face. Il souffre enfin, par périodes, de céphalées assez vives.

La biopsie a montré qu'il s'agissait ici encore d'un *épithélioma spino-cellulaire* typique, à nombreux globes épidermiques, à très faible stroma conjonctif.

OBSERVATION V. — *Maladie de PUENTE*

(TOURAINÉ, SOLENTE, SAMBRON et DUPERRAT,

Bull. soc. fr. derm. et syph., 14 nov. 1935)

P... Jean, employé de chemin de fer, âgé de 45 ans, nous est adressé le 30 octobre dernier pour une petite érosion

croûteuse de la lèvre inférieure qui date de 5 jours. La croûte mince, noirâtre, molle et peu adhérente, recouvre une exulcération de la dimension d'une grosse lentille, située sur la ligne médiane. Cette plaie est peu douloureuse, souple, de surface régulière.

Sur le reste de la zone de KLEIN, on voit une douzaine de petits pertuis cratériformes d'où sourd, à l'expression, une rosée assez abondante pour former de petites perles transparentes aqueuses, à la surface de la muqueuse. Certaines d'entre elles se voient fort bien sur la photographie de ce malade. Les pertuis sont disséminés sur la demi-muqueuse dont ils respectent les secteurs externes, près des commissures. A la palpation on perçoit de nombreux petits adénomes salivaires, en grains de plomb, dont le nombre dépasse sensiblement celui des orifices visibles. Il n'existe pas de carie dentaire mais un épais dépôt de tartre sur les incisives inférieures. On ne trouve pas de leucoplasie, ni sur les lèvres, ni dans la bouche ; pas d'adénopathie satellite. L'état général et viscéral de ce malade est excellent, son passé pathologique est muet. Il nie la syphilis et a 3 enfants bien portants. La réaction de WASSERMANN est négative.

MALADIES DE BAEZ

20 cas ont été précisés par des publications, 1 cas (BROCO) est connu par l'image (photographie).

AVANT 1926

I. — UNNA (Monatshfte f. prakt. Dermat., XI, 1890, p. 317).

Maître verrier de Berlin. A présenté d'abord une tuméfaction de la muqueuse de la lèvre inférieure, puis une suppuration prolongée avec formation de croûtes ; enfin, guérison spontanée avec cicatrice.

Actuellement, on note un épaississement notable de la muqueuse de la lèvre supérieure qui est dure à la palpation, mais pas de fluctuation. Au niveau des parties tuméfiées, croûtes épaisses, dont l'ablation permet de découvrir des petites tuméfactions, en partie superficielles, et en partie profondes. Pas de suppuration abondante. Les glandules buccales s'alignant du larynx à la lèvre supérieure n'ont, elles, subi aucune altération.

Sur la muqueuse de la lèvre inférieure, on note des cicatrices blanches, fermes, aréolaires, occupant la place des tuméfactions qui existaient, antérieurement, sur cette lè-

vre. En outre, glossite érosive du bord gauche et de la pointe.

Etat très négligé des gencives et des dents, syphilis acquise depuis 11 ans.

II. — JAMIESON (The British med. Journ. Derm., 7 déc. 1895, p. 1410).

B. S..., âgé de 33 ans, juif, né en Pologne russe mais employé à Edimbourg comme tailleur, fut admis à la consultation le 28 juin 1895. Quoique de complexion débile, il n'avait jamais été malade si ce n'est une crise hémorroïdaire six ans avant ; il n'y avait ni histoire ni suspicion de syphilis ; sa famille était à ce qu'il disait saine ; son père et sa mère étaient en pleine santé à 80 et à 65 ans. Il fut lui-même un grand fumeur de cigarettes, jusqu'à ce que sa lèvre fut atteinte.

L'affection commença il y a trois ans, à droite, comparable à une tache squameuse ; cela dura pendant deux ans puis cela s'étendit et la lèvre entière fut prise dans les 7 derniers mois.

La lèvre était augmentée du double de son volume normal, et ectropiée ; le bord de la lèvre sur une largeur de $1/8$ de pouce paraissait sain, ensuite il y avait une cicatrice blanche sur chaque côté de la lèvre jusqu'à la limite de la peau. La partie centrale était en partie rougeâtre et granuleuse, en partie recouverte de sales croûtes jaunes, en partie cicatrisée ; la cicatrice était molle, blanche et sensible ; la muqueuse intérieure montrait une pellicule blanchâtre au-dessous de la muqueuse rouge qui devenait de plus en plus légère en approchant des gencives. Les gencives elles-mêmes et en particulier leurs prolongations interdentaires, étaient augmentées de volume et fangeuses ; les dents inférieures étaient marron et incrustées de tartre, il ressentait une douleur lancinante qui alternait avec une sensation de brûlure. La surface saignait au moindre contact, le traitement consista à nettoyer la lèvre de ces croûtes à l'acide borique, ensuite elle fut cautérisée à l'eau contenant 50 % d'acide lactique, l'acide avait été maintenu à demeure par un coton imbibé, on terminait en mettant un emplâtre au zinc-ichtyol. Ceci lui fit très mal mais l'aspect fut grande-

ment amélioré ; ensuite on le garda comme malade externe et on lui apprit à protéger sa lèvre avec de l'emplâtre à l'acide salicylique. En octobre il ne restait guère de croûtes, la partie centrale avait un aspect rouge et granuleux, partout ailleurs l'épiderme était renouvelé et on pouvait le palper sans douleurs. Mais elle était encore assez volumineuse. Au moment de son admission, une biopsie avait été pratiquée et la parcelle placée dans un corrosif avait été confiée au Docteur LEITH qui nous fit le compte-rendu suivant :

HISTOLOGIE. — 1°. *L'épiderme.* — Il forme une couche ininterrompue et continue sur toute la surface :

a) Le stratum corneum était faiblement et irrégulièrement stratifié.

b) Le stratum granulosum était presque normal.

c) La couche de Malpighi était bien développée ; ses prolongements interpapillaires variaient en longueur et en largeur. Un prolongement plus élané descendait plus profondément dans le derme.

Il n'y avait de la *papillomatose*.

Les cellules de la couche germinale montraient des séparations entre elles ; certaines étaient arrondies, oblongues, aplaties ou de forme irrégulière. Plus loin, la majorité des cellules étaient très volumineuses avec un noyau très grand contenant un ou deux larges nucléoles. Les espaces lymphatiques entre les cellules étaient très élargis et ça et là contenaient quelques leucocytes.

2°. *Le derme.* — Le derme était le siège d'une infiltration cellulaire en rapport avec une infiltration leucocytaire ; les artères et les veines papillaires étaient de calibres normaux mais aucun nerf n'avait été dépisté ; il y avait enfin deux petits îlots dans la substance du derme, contenant des cellules épithéliales semblant actives, avec évidemment invasion venant dans le derme. *On retrouvait en plus de cela, des glandes labiales qui étaient entre l'épithélium et le muscle.*

III. — MAC LEOD (The British Journ. of Derm., XIX, 1907, p. 388).

IV. — SOLGER (Dermat. Zentralb., XVIII, 1915, p. 98).

V. — L. BROCC (Photographie à l'Hôpital Saint-Louis, collection BROCC, XIII/46, 1/424, 31 mai 1917).

Commentaires de M. le Docteur TOURAINE. — Femme de 32 ans ; syphilis ancienne, datant de 10 ans ; abus de tabac, très peu de croûtes, perlèche ; quelques fissures, entonnoirs assez nets, sertissure de leucoplasie.

VI. — HARTZELL (Arch. of. Derm. and. Syph., janvier 1920, n° 1, p. 104).

Homme de 30 ans, dont la lèvre inférieure est particulièrement gonflée et éversée ; il y a sur cette lèvre quelques croûtes, et quelques petits orifices recouverts de mucus. L'affection est douloureuse et existe depuis 16 mois. Leucoplasie buccale.

VII. — PUENTE (Société argentine de Dermatologie, août 1924).

J. A..., femme de 40 ans, espagnole (Galice), vue le 8 août 1924 pour la première fois. Pas d'antécédents familiaux ni personnels. Aucune maladie jusqu'à la date de l'examen actuel.

La maladie actuelle a débuté il y a six mois au moment de l'été. On ne peut en préciser le début exact. Il semble qu'il y a six mois, il y a eu au niveau d'une incisive latérale un processus douloureux (carie ???) et peu après est apparue à la commissure droite une lésion érosive et douloureuse.

Lèvre inférieure gonflée, œdémateuse, humide, légèrement projetée en avant. Dans la zone de KLEIN, une altération caractérisée principalement par la présence de points rouges-violacés, de la taille d'une tête d'épingle. Quelques-uns de ces points se trouvent entourés d'un halo discoïde de 1 1/2 à 2 millimètres de diamètre, blanchâtre et hyalin, et d'une muqueuse œdémateuse. Ces points se trouvent ir-

régulièrement répartis sur la surface et leur apparence varie d'un jour à l'autre, si on comprime la lèvre il apparaît à chacun de ces points une petite perle aqueuse, transparente comme une goutte de rosée, et la surface de la lèvre se fait tomenteuse par hernie des glandes sous-jacentes.

Dans la zone avoisinant la région cutanée, on observe une frange irrégulière, d'apparence leucoplasique, et en dedans d'elle quelques croûtes jaunâtres, impétigineuses, adhérentes, qui lorsqu'on les soulèvent provoquent des hémorragies profuses.

Dans les premiers temps de notre observation il y avait une véritable carapace de croûtes séro-pyo-hématiques, fissurées, irrégulières et leur ablation était très douloureuse, provoquant d'abondantes hémorragies.

L'investigation bactériologique n'a donné aucun résultat intéressant. De même, l'inoculation à la cornée du lapin a été négative.

Le traitement institué a été varié et sans succès. Elle a eu du néo-salvarsan, du bismuth, de l'huile grise, du lugol intra-veineux et de la radiothérapie. La malade a quitté le service alors qu'on allait appliquer l'électro-coagulation ou le curettage des glandes.

APRÈS 1926

I. — COVISA, BEJARANO et GAY PRIETO (Rapport du « Congrès international de Dermatologie ». Copenhague, 5-9 août 1930, p. 819).

FRANCISCO..., campagnard de la province de Madrid, âgé de 35 ans. Prétend avoir toujours eu une bonne santé. Il n'a pas eu la syphilis, ni aucune autre maladie vénérienne.

L'affection actuelle a commencé il y a environ 3 ans, par l'existence de croûtes, au commencement nettement séparées les unes des autres, rebelles à toutes sortes de traitements locaux, localisées sur le tiers moyen de la lèvre inférieure. Ces croûtes ne pouvaient être séparées qu'avec une grande difficulté, mais elles récidivaient toujours, cha-

que fois plus étendues et arrivaient au bout de quelques mois à être confluentes.

Au moment de l'observation, II-XII-1929, toute la lèvre inférieure du malade était très gonflée et projetée en avant. Le tiers moyen était couvert d'une croûte épaisse, très adhérente, qu'on ne pouvait soulever que difficilement, et occasionnait de vives souffrances à notre malade, et une hémorragie légère. Après avoir soulevé la croûte on voyait la semi-muqueuse de la lèvre criblée de petits orifices rouges par lesquels sortaient de petites gouttelettes de salive. Au toucher, la lésion était nettement infiltrée ; il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires ; l'état général du malade était bon.

En présence d'une telle lésion on n'hésite pas à établir le diagnostic d'épithélioma sur cheylitis glandularis simplex. Une biopsie est faite sur place et, à notre grande surprise, on voit une lésion, que nous n'avons jamais rencontrée jusqu'alors, mais qui n'était surement pas un épithélioma. Pour mieux étudier le cas, on fait l'extirpation totale de la lésion (Professeur CARDENAL). L'opération cicatrise parfaitement au bout de six jours ; le malade sept mois après son opération est bien portant, et n'a plus aucune souffrance.

La pièce opératoire est divisée en deux portions. La première est fixée en formol au 10 %, coupée au microtome de congélations, et les coups colorés avec les méthodes de RIO-ORTEGA au carbonate d'argent. L'autre moitié est fixée au BOUIN, inclus en paraffine ; les coupes en séries sont colorées à l'hémalum-éosine.

Nos préparations étudiées en petits agrandissements nous montrent l'existence de glandes salivaires hétérotopiques, riches en cellules muqueuses, légèrement hypertrophiées, situées au milieu d'un derme presque normal. Sur ces glandes, mais clairement séparés par une bande de tissu conjonctif fibreux, existent des bourgeons épithéliaux, hypertrophiques couverts de croûtes épaisses et très adhérentes.

Nous n'insisterons plus sur les caractères des glandes salivaires hétérotopiques. Seulement nous voulons remarquer que jamais, dans les coupes en séries, nous n'avons vu la moindre trace d'inflammation autour de ces glandes, ni la moindre relation entre elles et la prolifération épithéliale de la semi-muqueuse. Les conduits excréteurs de ces

glandes légèrement dilatés sont parfois visibles au milieu de bourgeons épithéliaux que nous allons étudier. La prolifération de la semi-muqueuse rappelle beaucoup par son aspect la structure d'un papillome. Les bourgeons épithéliaux sont toujours correctement délimités par une couche basale nettement dessinée, entre eux on voit des papilles très allongées. Ces papilles et le derme placé immédiatement au-dessous, sont le siège d'une légère infiltration de cellules rondes (lymphocytes et plasmocytes).

II. — WISE (Arch. of. Derm. and. Syph., 1931, XXIII, p. 816).

III. — *Six observations de TOURAINE* (publiées entre janvier 1933 et novembre 1935).

OBSERVATION I. — *Maladie de BAEZ avec épithélioma.*

(TOURAINE et SOLENTE,

Bull. soc. fr. Derm. et syph., 12 janvier 1933)

M. M.: Eugène, âgé de 62 ans, employé dans un dépôt de Chemin de fer, se présente, en novembre dernier à la clinique Alibert, pour une lésion de la lèvre inférieure dont le début remonte à six mois. Mais ce n'est que depuis trois semaines que cette lèvre est tuméfiée et recouverte de croûtes mellicériques, épaisses, sur tout son bord libre.

Un traitement par pulvérisations, applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure délivre promptement le malade de ses croûtes et nous le revoyons quelques jours plus tard avec une lèvre dont la tuméfaction est très réduite et dont la surface est complètement détergée. On peut alors procéder à un examen plus minutieux.

La lèvre supérieure est normale. Par contre la lèvre inférieure reste épaissie dans son ensemble et légèrement éversée. Les lésions visibles s'étendent, dans sa région médiane, sur une largeur d'un peu plus de trois centimètres. Les secteurs latéraux sont sains, seule est intéressée la zone intermédiaire de KLEIN. En avant, les lésions s'arrêtent en

deçà de la transformation cutanée ; en arrière elles ne dépassent pas la ligne de contact des deux lèvres quand la bouche est fermée.

Dans le secteur ainsi limité et dont la muqueuse est fortement colorée, on distingue cinq à six élevures arrondies, peu saillantes et ne formant qu'un relief de deux à trois millimètres. Ces saillies sont de surface variant entre trois et huit millimètres. La plupart d'entre elles sont cratéri-formes et centrées par une petite dépression en entonnoir, de bords réguliers et de pente rapide. Certains paraissent se terminer par un orifice minuscule.

Autour de la dépression centrale et jusqu'aux limites de la saillie, la muqueuse est épaissie, blanchâtre, d'aspect nettement leucoplasique. Sur la ligne médiane et en quelques autres points, on note des érosions fissuraires, allongées d'avant en arrière, un peu suintantes.

La palpation montre que ces saillies répondent à des nodosités à l'intérieur de la lèvre. Trois d'entre elles sont particulièrement nettes. La plus importante, à gauche de la ligne médiane, a le volume d'un petit haricot, allongé parallèlement à la surface. Les deux autres, très voisines, à droite de la ligne médiane, ne dépassent pas la taille d'une petite lentille. D'autres, plus réduites, donnent l'impression de grains de plomb. Ces nodosités sont fermes, légèrement élastiques, arrondies et bien limitées, indolores.

Une pression accentuée de ces petites masses fait facilement sourdre par le fond de la dépression centrale, une fine gouttelette de liquide, limpide comme de l'eau. Cette manœuvre a le même succès si elle est répétée après quelques minutes.

A cela se borneraient tous les résultats de l'examen si l'on ne notait pas un état très défectueux de la dentition, avec pyorrhée alvéolo-dentaire surtout marquée aux incisives médianes inférieures et une salivation abondante. Mais on ne trouve pas de leucoplasie, ni linguale, ni commissurale, pas d'adénopathie cervicale ni sous-maxillaire.

Le sujet est robuste et ne présente aucune tare viscérale, son passé est à peu près indemne de toute maladie. Il est marié et a six enfants bien portants. Il n'a pas eu d'affection vénérienne et une réaction de WASSERMANN pratiquée fin novembre a été négative.

Il n'a prêté attention qu'à l'impétiginisation récente de cette cheilite. Cependant il se souvient avoir remarqué

l'existence de ces nodosités il y a environ six mois, d'abord fort petites puis progressivement croissantes, mais toujours indolores. En octobre des érosions fissuraires apparurent, un peu agaçantes, qui précédèrent de peu l'infection secondaire qui l'a conduit à consulter.

La coupe a porté au niveau de l'infundibulum qui centre la nodosité. La muqueuse périphérique montre les altérations habituelles de la leucoplasie de type hyperplasique, avec forte papillomatose et infiltration plasmo-lymphocytaire du derme sous-jacent. L'acanthose s'exagère à mesure que l'on approche du canal excréteur et, assez brusquement, au niveau du collet de ce canal, fait place à un *épithélioma spino-cellulaire* typique, à nombreux globes cornés. Ce noyau concréteux est très petit et se réduit à un anneau qui enserme l'infundibulum ; sa limite périphérique est assez nette. La coupe n'a pas intéressé l'adénome lui-même.

OBSERVATION II. — *Maladie de BAEZ avec épithélioma*

(TOURNAINE et SOLENTE,

Bull. soc. fr. Derm. et syph., 8 février 1934)

M. P., Urbain, âgé de 67 ans, cultivateur dans la région parisienne, nous consulte le 13 janvier dernier pour un gonflement localisé de la lèvre inférieure qui remonte environ à juin 1931, s'est augmenté lentement et est devenu croûteux en 6 mois. Depuis 3 à 4 mois, l'extrémité droite de la masse se montre particulièrement proliférante, végétante.

Son interrogatoire ne donne que peu de renseignements. A noter seulement une période de céphalées persistantes de 18 à 20 ans. Il nie tout antécédent vénérien. Sa femme serait bien portante. Il a eu dix enfants, dont 7 encore vivants ; l'un deux est mort de diarrhée à 8 ans, deux autres de méningite à 11 mois.

Actuellement la lèvre inférieure est occupée, sur une étendue de 5 centimètres de long, par une lésion qui a son maximum sur la zone demi-muqueuse de KLEIN, s'arrêtant

près de la limite de la zone cutanée, n'empiétant que légèrement et depuis peu, sur la zone muqueuse. La masse est légèrement asymétrique et mesure environ 3 centimètres à droite de la ligne médiane contre 2 à gauche. Elle respecte donc largement les extrémités de la lèvre et les commissures. Cette lésion est recouverte de croûtes brunes, épaisses, sa détersion provoque de petites hémorragies et laisse voir une surface érodée et papillomateuse. Les végétations font particulièrement relief vers l'extrémité droite de la lésion où l'ensemble du volume d'un pois, offre; à la palpation, une induration très nette qui plonge dans la profondeur alors que le reste de la lèvre conserve une certaine souplesse.

Le quart gauche de la lésion est resté relativement uni non végétant. La surface, parsemée de quelques fissures, présente quelques petites dépressions capuliformes, du volume d'une petite tête d'épingle, d'où la pression fait sourdre quelques gouttes de liquide salivaire. Ces dépressions sont entourées d'un halo leucoplasiforme.

Tout l'intérieur de la bouche est d'ailleurs tapissé d'une leucoplasie banale, épaisse, qui trouve son maximum à la face interne des joues en arrière des commissures, et sur la partie muqueuse de la lèvre inférieure.

Il existe une pyorrhée alvéolo-dentaire intense, un dépôt abondant de tartre sur les dents, un léger gonflement des gencives, de la salivation. On ne perçoit pas d'adénopathie carotidienne, ni sous-maxillaire.

L'examen somatique révèle les lésions d'emphysème avec bronchite chronique disséminée, une hernie épigastrique. L'appareil cardio-aortique, le système nerveux sont normaux. La réaction de WASSERMANN du sang est négative.

Une *biopsie* a porté, le 22 janvier, sur l'extrémité droite, particulièrement végétante de la lésion. On trouve un épithélioma *spino-cellulaire* typique, caractérisé par le grand nombre des globes cornés. Dans la profondeur, les boyaux néoplasiques dissocient les faisceaux musculaires et, en se fragmentant, tendent à devenir atypiques. La stroma-réaction est presque nulle ; par contre on voit de nombreux infiltrats, en amas, de petites cellules rondes du type lymphocyte, parsemés de rares polynucléaires. Les petits vaisseaux voisins ont une paroi épaissie, une endothélium en fort relief.

A la limite de la tumeur le derme et l'épiderme offrent

les lésions habituelles d'une leucoplasie de type hyperplasique.

OBSERVATION III. — *Maladie de BAEZ avec épithélioma*

(TOURAINE et SOLENTE,

Bull. soc. fr. Derm. et Syph., 8 novembre 1934).

M... Mary, âgée de 69 ans, se plaint de poussées de prurit labial et de crevasses sur la lèvre inférieure, depuis 1915. Sur les crevasses, se sont formées, renouvelées et accumulées, des croûtes qui sont devenues permanentes depuis 1918. En 1930, des pulvérisations répétées chaque jour, pendant plusieurs semaines, n'ont pas amélioré son état. Nous l'avons vue, en août 1934, avec une lèvre couverte de croûtes impétigineuses que des applications humides ne faisaient disparaître que d'une manière éphémère. Actuellement, en fin d'octobre 1934, presque toute la surface de la zone de KLEIN, à l'exception de ses deux extrémités, est occupée par des croûtes épaisses, molles et noirâtres qui forment un placard à bords sinueux. Ces croûtes, difficiles à détacher, recouvrent une muqueuse érodée, fissurée, qui saigne facilement. Sur ce qui reste de la zone de KLEIN, libre de croûtes, on distingue plusieurs fins pertuis, légèrement déprimés ; entourés d'un halo leucoplasiforme ; la pression en fait sourdre une gouttelette de salive incolore. La palpation de la lèvre inférieure révèle, dans la profondeur de l'organe, quelques petits nodules, de la taille d'un grain de millet à celle d'une lentille, répondant sans doute à des glandules adénomateuses. Il existe donc une cheilite simple sur laquelle s'est développée une cheilite apostématueuse ou suppurée. Rien dans les antécédents de la malade n'explique son état. Elle semble indemne de syphilis et la réaction de WASSERMANN est négative. A noter seulement une fausse-couche spontanée de quatre mois. Comme d'habitude les dents sont en mauvais état, les unes cariées, les autres recouvertes de tartre ; les gencives inférieures sont légèrement gonflées.

Suite de l'observation

(TOURAINÉ, SOLENTE, SAMBRON et DUPERRAT ;
Bull. Soc. fr. Derm. et Syph., 14 nov. 1935)

La malade revient le 4 septembre 1935. La lèvre inférieure s'est en partie détergée. Mais quatre îlots croûteux persistent. Les trois plus petits (un sur la ligne médiane, deux à gauche) se laissent malaisément détacher et recouvrent une demi-muqueuse érodée, saignante, sans infiltration. Le plus volumineux, allongé transversalement à droite de la ligne médiane, est enlevé facilement. Il repose sur une ulcération ovalaire, végétante, saignante, de près de 2 centimètres de diamètre dans son grand axe. A ce niveau, la lèvre est nettement infiltrée sous une faible épaisseur. Il n'y a pas d'adénopathie satellite. Sur le reste de la demi-muqueuse, on retrouve les fines dépressions cratériformes d'où l'on fait sourdre, par expression, des gouttelettes de liquide muqueux, les mêmes petits adénomes qu'en 1934.

L'état des gencives et des dents est resté aussi mauvais. Il n'existe pas de leucoplasie jugale ni linguale. La recherche de la syphilis, est, cette fois encore, sans résultat. Une nouvelle réaction de WASSERMANN est négative. Il n'y a à retenir, dans le passé de la malade, qu'une fausse-couche spontanée de 4 mois.

Une *Biopsie* est pratiquée le 18 septembre. Elle confirme le diagnostic d'épithélioma. La masse néoplasique est constituée par de nombreux petits tubes cellulaires anastomosés, formant une nappe qui sous-tend, au centre, une ulcération infectée avec de nombreux polynucléaires et à la périphérie, un épithélium papillomateux. Les tubes renferment des cellules cubiques ou cylindriques, dans leur couche extérieure, des cellules polyédriques, volumineuses, à filaments d'union, dans leur cavité. Par places, on voit une tendance à l'enroulement en bulbe d'oignon de quelques-unes de ces cellules. Il s'agit donc d'un *épithélioma intermédiaire, de type Krompecher*. Les caryokinèses sont nombreuses. Entre les tubes cancéreux s'accumulent de nombreuses cellules rondes ; les polynucléaires, les fibres conjonctives sont très rares.

L'exérèse de la tumeur est pratiquée le 9 octobre à l'élec-

tro-coagulation par le Dr MOURE. Les suites opératoires sont très régulières.

OBSERVATION IV. — *Maladie de BAEZ*

(TOURAINÉ et SOLENTE,

Bull. soc. fr. Derm. et Syph., 9 mai 1935)

Notre malade est une femme de 60 ans. Depuis plusieurs mois, sans qu'elle puisse préciser, sa lèvre inférieure était recouverte, en permanence, de croûtes noirâtres, très adhérentes qui masquaient une demi-muqueuse gonflée, érodée, un peu douloureuse à la pression. Il fallut près de trois semaines de pansements humides pour en obtenir la détersion complète. La lèvre inférieure présentait alors tous les signes de la cheilite glandulaire : limitation aux deux quarts moyens de la zone de KLEIN, existence de minuscules dépressions cratériformes cerclées par une petite sertissure leucoplasiforme, petites nodosités en grains de plomb dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, issue de sérosité visqueuse, analogue à de la salive, par l'orifice profond des dépressions à la suite de l'expression des nodules glandulaires. On notait comme d'habitude, un mauvais état de la dentition, du tartre, une pyorrhée alvéolo-dentaire. Il n'y avait pas d'adénopathie satellite. L'état général était bon, la malade niait la syphilis. Il n'existait aucun signe de transformation maligne.

OBSERVATION V. — *Maladie de BAEZ avec épithélioma*

(TOURAINÉ, SOLENTE, SAMBRON et DUPERRAT ;

Bull. soc. fr. Derm. et Syph., 14 nov. 1935)

B... Jean, âgé de 59 ans, nous consulte le 26 août 1935, pour une lésion croûteuse de la lèvre inférieure qui date d'une dizaine d'années environ. Cette lésion est survenue sans cause apparente. Traitée par de multiples topiques et

notamment par l'oxyde jaune de mercure, elle s'atténuait et disparaissait même pendant quelques semaines pour se reproduire à nouveau. Elle est aujourd'hui plus étendue et plus épaisse qu'elle n'a jamais été.

Occupant les deux quarts moyens de la zone de KLEIN, sur la lèvre inférieure, les croûtes se détachent assez facilement. La muqueuse au-dessous est érodée, suintante. Sur la ligne médiane existe une érosion ovale, à grand axe transversal d'environ 18 millimètres, assez bien limitée, de surface légèrement granuleuse, infiltrée superficiellement, en pastille. La plaie est entourée par une bordure étroite d'aspect leucoplasique.

Sur le reste de la muqueuse, on voit de nombreuses petites dépressions cratériformes, encerclées par un halo leucoplasiforme et d'où l'on fait sourdre, presque à volonté, par l'expression, de petites gouttelettes de liquide muqueux. La palpation de la lèvre révèle, sous ces pertuis, de petites nodosités inégales, en grains de plomb. Il n'y a pas d'adénopathie satellite. L'état de la bouche est assez défec-tueux. Nombre de dents ont disparu par pyorrhée ou par carie ; celles qui restent sont couvertes de tartre. Cependant les gencives ne sont pas gonflées et l'examen ne montre qu'une légère leucoplasie commissurale gauche, sans leucoplasie linguale. Les différents viscères paraissent normaux ; la peau ne présente pas d'atrophie sénile. Les antécédents personnels ne comportent qu'une fièvre typhoïde, à l'âge de 25 ans. Le malade nie la syphilis ; les réactions de WASSERMANN et de KAHN sont négatives dans le sang. Sa femme est bien portante ; elle n'a jamais eu de grossesse. Sa mère est morte à l'âge de 42 ans d'un cancer du sein ; son père a succombé dans un accident ; il n'a qu'une sœur, bien portante.

Une *biopsie* de l'ulcération est pratiquée le 18 septembre. Elle montre qu'il s'agit d'un *épithélioma spino-cellulaire* typique, à très nombreux globes épidermiques. Le stroma est très peu abondant et se résume en quelques îlots de cellules mononucléées entre les bourgeons cancéreux. La coupe n'a pas intéressé de formations adénomateuses.

Ce malade est opéré le 7 octobre par le D^r MOURE qui pratique une exérèse de la plaie au bistouri électrique. Les suites opératoires sont normales, la cicatrisation rapide.

OBSERVATION VI. — *Maladie de BAEZ*

(TOURAINÉ, SOLENTE, SAMBRON et DUPERRAT ;

Bull. soc. fr. Derm. et Syph., 14 nov. 1935)

H... Alphonsé, typographe, âgé de 67 ans, nous est adressé, le 25 octobre par le Dr DREYFUS, pour une cheilite croûteuse qui recouvre presque toute la lèvre inférieure depuis un an.

Son passé est très peu chargé, puisque sa seule maladie fut un eczéma traité, il y a deux ans, par les rayons ultra-violet. Il nie, toute affection vénérienne. Notons cependant qu'il eut, d'une première femme décédée à 35 ans de tuberculose pulmonaire, quatre enfants dont le troisième est né avec un bec-de-lièvre intéressant le voile du palais, sa seconde femme est morte à 63 ans, de congestion cérébrale et n'a pas eu de grossesse. Sa dentition a toujours été défectueuse ; Les quatre incisives inférieures ont été arrachées récemment pour carie avancée ; les dents qui subsistent sont couvertes de tartre et la gencive est gonflée. A l'heure actuelle, une croûte épaisse, noire, sanguinolente, recouvre presque toute la surface de la zone de KLEIN, à la lèvre inférieure, à l'exception d'une étroite bande près des commissures. Toute la lèvre inférieure est gonflée, projetée en avant et donne au visage du malade cet « aspect grossier et rebutant » dont parle VOLKMANN. Cette croûte se détache assez facilement en larges placards et laisse alors voir une surface très rouge, érodée, fissurée qui saigne abondamment en nappe, mais reste toujours très souple. L'œdème, les érosions, les hémorragies, ne permettent pas de distinguer, sur la demi-muqueuse d'érosions punctiformes. Mais la palpation de la lèvre inférieure donne à percevoir, dans l'épaisseur de celle-ci, un grand nombre de petites nodosités en grain de plomb. On ne trouve pas d'adénopathie sous angulo-maxillaire. Il n'existe pas de leucoplasie. Les principaux viscères paraissent normaux. Le sujet est d'aspect robuste ; son teint est fortement coloré, une légère couperose couvre les pommettes. Les réactions de WASSERMANN et de KAHN sont négatives dans le sang. En raison de l'absence de tout signe d'évolution cancéreuse, nous conseillons une détersion de la lèvre par des pansements hu-

mides et une pommade à l'oxyde jaune et, dès que l'inflammation sera calmée, un traitement radiothérapique.

IV. — PUENTE (Cas 48 de sa statistique).

J. BOR... Homme, 30 ans, lèvre inférieure légèrement projetée en avant, œdémateuse, avec des sillons très marqués, recouverte dans la zone de transition par des croûtes squameuses mélicériques, quelques-unes de couleur chocolat, facilement enlevables. Au-dessous d'elles, principalement en 3 points, un central et deux latéraux, des surfaces irrégulières, granuleuses, sanguinolentes.

Points de cheilite nets au niveau de la frange au contact de la lèvre supérieure. Il n'a pas été fait de biopsie.

Déjà, à deux reprises, pendant l'hiver, il a présenté les mêmes aspects en 1931 et 1933, persistant pendant 6 mois la première fois et 2 mois la seconde.

Nous avons institué un traitement topique avec de l'eau d'Alibour, une pommade à l'oxyde jaune de mercure, alterné avec des infusions de « manzanilla », ce qui l'a amélioré sensiblement, et il a pu retourner dans la province où il habitait. Après, il nous a écrit, que parfois il se forme une petite croûte (au niveau des lésions latérales) qui tombe facilement.

V. — 4 observations de JORDAN et TARABUCHIN (Dermatologische Zeitschrift, LXX, h5, janv. 1935, pp. 249-259).

OBSERVATION I. — Homme, 23 ans. Vu en juillet 1933. Depuis 6 mois gêne de la lèvre inférieure, fissures, croûtes; lèvre rouge et gonflée, quelques nodules grains de mil; gencives bonnes, pas de ganglions; WASSERMANN négatif. Histologiquement : inflammation, guérison, radium.

OBSERVATION II. — Homme, 21 ans. Vu en juillet 1933. Début remontant à 5 ans; affection plus marquée l'été; ne fume pas; croûte brunâtre du côté droit, entourée d'un ha-

lo rouge, lèvres humides, rouges, avec ouvertures punctiformes de glandes, d'où sourd à l'expression un peu d'humidité ; peu de douleurs. Du côté gauche, deux petites érosions. Traitement : radium. Malade non revu.

OBSERVATION III. — Homme, 32 ans. Vu en novembre 1933, se plaint de la lèvre depuis un an. Lèvre sèche, squameuse, croûtes sur orifices glandulaires, les gencives sont rouges et gonflées, tartre dentaire. Histologiquement : inflammation. Traitement : lugol.

Le malade est revu en janvier 1934 : lésion infiltrée de la lèvre. Diagnostic clinique : *épithélioma*.

OBSERVATION IV. — Homme, 41 ans. Vu en novembre 1933. Gêne depuis un an et demi. Croûtes et nombreuses ouvertures glandulaires ; *Fordyce à la lèvre supérieure* ; WASSERMANN négatif. Traitement : bromure de radium, 4 séances de 15 minutes.

Récidive en mai 1934 : lèvre gonflée, croûtes, petites ouvertures glandulaires donnant du liquide à la manœuvre d'expression.

VI. — Une observation résumée de NEIRA FLOREZ (Thèse 1936, Université de Columbia).

Femme de 41 ans, vue pour la première fois le 7 décembre 1935, réglée à 14 ans, ménopausée à 40 ans.

Ant. Héréd. — Alcoolisme chez le père, qui aurait présenté une affection analogue de la lèvre inférieure.

Etat des dents, très mauvais ; caries multiples ; anodontie précoce ; un ganglion de la région carotidienne droite, dur, petit, mais mobile.

Examen des lèvres. — La lèvre inférieure se présente en éversion et couverte de petites croûtes grisâtres, plus épaisses du côté gauche. Elles sont situées dans le tiers antérieur de la zone de KLEIN, mais elles n'arrivent pas à intéresser les commissures dont elles restent distantes de 12 millimètres. La lésion est disposée symétriquement, mais

elle est plus marquée à gauche, où l'on remarque quelques exuérations de couleur rouge, indurées. Les deux tiers postérieurs de la zone de KLEIN présentent une série de petits orifices qui se font plus visibles, grâce à l'issue d'un liquide clair qui en sort spontanément. L'issue de liquide est plus importante dans la moitié gauche ; elle est légèrement sanguinolente. Ces orifices, au nombre de six du côté droit, et de cinq du côté gauche, sont simplement implantés dans la demi-muqueuse, sans aucune surélévation ni sertissure de leucoplasie. La palpation est un peu douloureuse. Elle révèle des petites nodosités à l'intérieur de la lèvre. La salivation est normale.

Examen histologique (23 décembre 1935) : Il existe un état inflammatoire chronique, localisé au derme, dans lequel prédominent des plasmocytes, on trouve également des lymphocytes et quelques cellules avec protoplasma éosinophile. Au niveau de l'épithélium, hyperplasie, accentuée. Quelques cellules sont nettement modifiées ; certaines apparaissent isolées ; d'autres se groupent en de petites formations arrondies dans lesquelles les cellules atypiques sont en assez grand nombre.

Conclusion : état inflammatoire chronique coexistant avec un *épithélioma baso-cellulaire*.

MALADIES DE VOLKMANN

Nous avons relevé onze cas de cheilites glandulaires suppurées profondes ; en dehors des cinq cas de VOLKMANN, ce sont :

1° *L'observation II de UNNA* (Monatshefte f. prakt. Dermatol., 1890).

Jeune fille de 16 ans, adressée avec soupçon de chancre de la lèvre. La lèvre inférieure était tuméfiée et un peu ectropiée ; sur la muqueuse éversée se détachait, de chaque côté de la ligne médiane, une petite tumeur assez profonde et jaunâtre avec ulcérations de surface. Ces ulcérations correspondaient à deux gros amas de glandes acineuses de la lèvre inférieure. Le diagnostic se posait bien plus avec des chancres mous, qu'avec un chancre syphilitique. Pas de tuméfaction ganglionnaire régionale. Muqueuse buccale saine, mais sur la face interne des joues, jusqu'aux molaires, traînées bleuâtres, un peu tuméfiées, correspondant à des glandes buccales et à leurs conduits excréteurs. Ces glandules-là n'étaient ni tuméfiées, ni ulcérées. Guérison par traitement local à la teinture d'iode.

2° 4 *Cas de PURDON* (« The British Journal of Dermatology », janvier 1893).

Dans les vingt dernières années, j'ai vu 4 exemples d'une maladie très rare appelée par VOLKMANN, Cheilitis

glandularis apostematosa. Trois de ces malades étaient des hommes, l'autre, une femme de 23 ans. Le plus jeune avait 19 ans, le plus âgé 27 ans. Ce dernier fut tenu en observation 3 ans. L'affection était confinée à la lèvre inférieure et à sa zone muqueuse ; l'état général était bon. Aucune trace de syphilis chez ces 4 patients. L'affection commença graduellement, et s'étendit à toute la surface de la lèvre ; chez le sujet le plus âgé, les deux lèvres furent touchées ; il en reportait l'origine au froid.

Des poussées pouvaient se produire dans cette évolution. La lèvre inférieure se gonflait alors avec un peu ou pas de douleur, elle était ferme et plutôt dure au toucher ; sa mobilité était plus ou moins gênée. Dans un cas, la peau du menton (aucun n'avait de barbe) devint érythémateuse. Les glandes muqueuses de la lèvre se gonflaient et pouvaient être rentrées à la pointe du doigt, comme des masses nodulaires.

Une sécrétion trouble et muco-purulente sourdait de ces glandes, dont les conduits étaient plus ou moins dilatés. Il y avait sécrétion catarrhale de la bouche et des gencives. VOLKMANN mentionne la possibilité de fistules, je n'en ai pas vu. La maladie semblait rebelle à toute médication. L'arsenic ne fut d'aucun bénéfice, de même que le chlorate de potasse, non plus que le tanin, la glycérine, le borax, l'iodoforme.

3° *Une observation de* TOURAINE et P. RENAULT (Bull. soc. fr. derm. et syph., 12 mars 1936).

Maladie de VOLKMANN avec épithélioma. — M. V. S..., âgé de 84 ans, nous consulte le 30 janvier dernier pour une tumeur ulcérée de la lèvre inférieure dont le début remonte à 12 ou 15 mois.

A ce moment initial, il n'existait qu'une minime ulcération, à peu près indolore, qui siégeait sur la ligne médiane. Progressivement, mais très lentement, cette ulcération s'est entourée, par la profondeur, d'une base indurée qui fait aujourd'hui relief sur la lèvre. Par la suite, d'autres dépressions ulcérées se sont formées sur l'étendue de cette masse.

A l'heure actuelle, la tumeur a le volume d'une noisette allongée transversalement ; elle mesure 30 millimètres de

largeur, sur une épaisseur antéro-postérieure de 20 millimètres. Elle est très dure, un peu bosselée, et paraît bien limitée, comme enchâssée dans la lèvre inférieure. Quand on la comprime entre les doigts, on fait sourdre un pus crèmeux, épais, homogène, blanc jaunâtre, non seulement par l'ulcération centrale, mais aussi par 7 ou 8 des dépressions infundibuliformes de la demi-muqueuse, irrégulièrement réparties à la surface de la tumeur. On a ainsi l'impression de vider un véritable clapier de pus. En dehors de la masse et sur l'étendue des deux quarts moyens de la lèvre inférieure, on distingue d'autres petites dépressions qui répondent à de petits nodules en grains de plomb logés dans l'épaisseur de l'organe. La compression de ces derniers fait sourdre par les dépressions de fines gouttelettes de liquide, les unes claires et un peu visqueuses, les autres troubles ou purulentes. Toutes ces manœuvres sont assez douloureuses. Renouvelées à quelques minutes de distance, elles font sortir de nouvelles gouttes de même caractère.

A l'examen direct, ce pus d'expression renferme en abondance, des microbes banaux : staphylocoques, streptocoques, etc. Lesensemencements sur milieux ordinaires ont donné des cultures de staphylocoque doré et de streptocoque. Lesensemencements sur milieu de SABOURAUD, une inoculation à la queue du rat ont permis d'éliminer la nature mycosique de ce pus.

L'examen de la bouche montre un très mauvais état de la dentition. La plupart des dents sont cariées, les incisives et les canines inférieures sont réduites à l'état de chichots : toutes sont recouvertes d'un épais dépôt de tartre. Malgré un usage assez intensif et fort ancien du tabac. Il n'existe pas de leucoplasie linguale ni juguale. Les muqueuses buccale, gingivale, sont assez fortement érythémateuses.

On perçoit deux petites masses ganglionnaires indolores dans la région sous-maxillaire gauche ; on ne peut pas préciser leur moment d'apparition.

Cet homme est un vieux tousseur ; il présente à l'auscultation des signes d'emphysème. Le système cardio-vasculaire est normal ; la tension artérielle est de 16/9 à l'appareil de Vaquez. Le reste de l'examen somatique est correct.

Le malade nie la syphilis. Les réactions de WASSERMANN,

de HECHT et de KAHN sont d'ailleurs négatives, sa femme a eu, après deux fausses-couches, trois enfants, dont l'un est mort en bas-âge de broncho-pneumonie.

Une biopsie pratiquée en pleine masse tumorale a montré que celle-ci était constituée par un épithélioma spino-cellulaire infiltrant, très riche en globes cornés.

Le malade a été opéré par le D^r BLONDIN qui, dans un premier temps a procédé à l'exérèse de la tumeur labiale. La cicatrisation en a été rapide et complète ; le résultat esthétique est remarquable. Les masses ganglionnaires sous-maxillaires ont été enlevées dans une deuxième opération.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire montre que la tumeur de la lèvre est formée par une seule masse blanchâtre, dont le centre est creusé par une cavité anfractueuse à plusieurs prolongements irréguliers. En différentes autres régions de la masse, on trouve plusieurs petites cavités purulentes, sans communication avec la cavité centrale.

A l'examen histologique, la masse est formée par un *épithélioma spino-cellulaire* infiltrant, à nombreux boyaux, cordons ou îlots, où les globes cornés sont très abondants ainsi que les figures de division cellulaire et les malformations nucléaires. Les productions cancéreuses sont séparées par une forte infiltration de petites cellules rondes, entre lesquelles on voit, de temps à autre, quelques amas de polynucléaires. Les fibres conjonctives ne forment que, de place en place, un réseau ténu et lâche.

L'épithélium de revêtement reste à peu près normal dans le secteur cutané. Au niveau de la demi-muqueuse, il devient épais, proliférant en une forte acanthose, mais sans dégénérescence cancéreuse. La coupe a intéressé deux des dépressions infundibuliformes de la surface. Celles-ci se continuent, dans l'épaisseur de la lèvre par un canal assez rectiligne dont la lumière est visible sur un long trajet. La paroi de ces canaux est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, fortement acanthosique. Vers le fond de l'un de ces trajets, apparaissent quelques débris de glandes séreuses largement entourés d'une infiltration de polynucléaires. L'autre de ces trajets est brusquement encerclé dans la profondeur de la lèvre, par des formations cancéreuses qui l'enserrent d'abord en un anneau étroit, puis en

une masse de plus en plus large à mesure qu'on s'éloigne de la surface de la lèvre.

L'épithélioma spino-cellulaire s'est donc développé, non pas aux dépens de l'épithélium de recouvrement de la lèvre, mais de celui de ces formations glandulaires profondes. Ainsi se trouve confirmée l'origine glandulaire (et non de surface) d'au moins certains épithéliomas sur cheilite. La structure spino-cellulaire de cet épithélioma découle de la métaplasie qu'a subie l'épithélium des canaux d'excrétion qui, de cylindrique simple, est devenu pavimenteux stratifié.

Quant aux masses sous-maxillaires enlevées chirurgicalement, l'une s'est montrée être un ganglion en hyperplasie mais sans suppuration ni infiltration cancéreuse, l'autre était un fragment de glande salivaire de type séreux.

CONCLUSIONS

1° Le développement hétérotopique de glandules salivaires accessoires, dans la lèvre inférieure, réalise une anomalie assez peu fréquente.

2° Ce développement se traduit par la formation de micro-adénomes en grains de plomb, dans l'épaisseur de la lèvre, sous la zone de transition dite de KLEIN.

L'évolution de ces glandules hétérotopiques commande les divers types anatomo-cliniques des cheilites glandulaires.

3° Si ces micro-adénomes ne sont pas infectés, c'est la cheilite glandulaire simple ou « Maladie de PUENTE.

Leurs canaux excréteurs viennent s'ouvrir à la surface de la demi-muqueuse, au centre de minuscules dépressions cratériformes, souvent serties d'un halo leucoplasique.

Une compression appuyée fait sourdre des gouttelettes de salive du fond de ces dépressions ; c'est là le signe dit de la « rosée par expression ».

4° A l'infection des micro-adénomes et de leurs canaux excréteurs, correspondent les formes suppurées des cheilites glandulaires.

a) Si l'infection est de surface, c'est la cheilite glandulaire suppurée superficielle ou « Maladie de BAELZ ».

Elle est caractérisée, outre les signes précédemment indiqués, par la formation de croûtes adhérentes, et des érosions.

b) Plus rarement l'infection intéresse, dans la profondeur de la lèvre, les lobules glandulaires, ou le tissu péri-acineux ; c'est la cheilite glandulaire suppurée profonde ou « Maladie de VOLKMANN ».

5° Le principal intérêt des cheilites glandulaires résulte du développement fréquent, sur la lèvre malade, d'un épithélioma, le plus souvent de type spino-cellulaire.

6° Cette redoutable éventualité impose un traitement préventif de l'affection ; dès la phase de cheilite simple, les micro-adénomes doivent être détruits.

VU : *Le Doyen,* VU : *Le Président de la Thèse,*

G. ROUSSY. LAIGNEL-LAVASTINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ABERASTURY. — Cité par Clément Simon (« *Bull. soc. fr. Derm. et Syph.* », 12 janvier 1933).

ACEVEDO. — Puntos de Fordyce de la Boca (« *Revue Odontologique* », février 1933, Buenos-Aires).

AUDRY. — Sur une anomalie de la muqueuse des lèvres (« *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* », août 1899, et « *Monatshefte für praktische Dermatologie* », août 1899, vol. XXIX, p. 101).

AUDRY et VALDIGUIER. — La Cheilite du Rouge (« *Bull. soc. fr. Derm. et Syph.* », 1932, p. 363).

BEJARANO. — Contribucion al estudio de la queilitis glandularis. (« *Actas Dermo-sifiliograficas* », XXI, 1928-29, p. 245).

BEJARANO. — Queilitis glandularis y epitelioma del labio inferior. (« *Actas Dermo-sifiliograficas* », XXI, 1928-29, p. 504).

BEJARANO. — La queilitis glandularis como afeccion precancerosa. (*Académie espagnole de Dermatologie* du 1^{er} février 1933 ; « *Actas Dermo-sifiliograficas* », XXV, n° 5, février 1933, p. 339).

- BEJARANO. — La queilitis glandular como affeccion cancerigena accidental. (*I Congreso Internat de Lucha cientif. y social contra el cancer*, Madrid, octobre 1933).
- BEJARANO. — La queilitis glandular como affeccion cancerigena accidental. (« *Actas Dermo sifiliograficas* », XXVI, 1933-34, n° 7, avril 1934, pp. 535-543).
- BEJARANO. — Nueva contribucion al estudio clinico de la queilitis glandular. (« *Actas Dermo sifiliograficas* », XXVII, n° 4, janv. 1935, pp. 405-407).
- BERNARD (R.). — La cheilite glandulaire simple ou maladie de PUENTE. (« *Bruxelles Médical* », XV, n° 17, 24 février 1935, p. 458).
- BEYLOT et BAUDRIMONT. — *Manuel pratique et technique d'histologie*, p. 343.
- BROCQ (L.). — *Dermatologie pratique* (tome II, p. 307, note en bas de page).
- BROCQ (L.). — Photographie (*Collection Brocq*, 31 mai 1917, Hôp. Saint-Louis, XIII/46, 1/424).
- BUTLER et ODLAND. — Cheilitis glandularis apostematosa. (« *Arch. of Derm. and Syph.* », 1922, t. VI, p. 644, soc. Derm. Minnesota).
- CAILLIAU (F.). — Cheilite glandulaire, Maladie de Volkmann-Baelz. (« *L'Encyclopédie Médico-chirurgicale* », Dermatologie, fasc. 103, p. 1).
- CALVET. — Un état précancéreux de la lèvre inférieure; la cheilite glandulaire (Maladie de Volkmann-Baelz). (*Thèse Paris*, 1934).
- CASCOS (A.). — Académie espagnole de Dermatologie. Session du 1^{er} février 1933. (« *Actas Dermo sifiliograficas* », XXV, n° 5, févr. 1933).

CLÉMENT-SIMON. — « *Bull. soc. fr. Derm. et Syph.* », 12 janvier 1933.

COVISA. — El precancer. (*I Congreso Internat. de Lucha científ. y social contra el cancer*, Madrid, octobre 1933).

COVISA, BEJARANO et GAY PRIETO. — La cheilite glandulaire simple de la lèvre inférieure. Ses relations avec les épithéliomas et autres affections peu fréquentes de la lèvre. (*VII^e Congrès International de Dermatologie*, Copenhague, 5-9 août 1930, Compte Rendu, p. 819).

DELBANCO (de Hambourg). — Ueber die entwicklung von Talgdrusen Ander Schleim haut des Mundes. (*Münch. Med. Wochenschr.*, 1898, p. 1.510).

FERNET (Pierre). — Cheilitis glandularis apostematosa. (« *La Nouvelle Pratique Dermatologique* », 1936, tome VIII, p. 117).

FORDYCE (Fox). — A peculiar affection of the mucous Membrane of the lips and oral cavity. (« *Journ. Cut. and. Gen. Urin. Dis* », nov. 1896, p. 413).

GALLOWAY. — Dermat. Soc. of London, mars 1895. (« *The British Journal of Dermatology* », 1895, p. 113).

GAY PRIETO et CAZORLA ROMERO. — Contributo allo studio delle cheilitis idiopateche. (« *Actas Dermo sifiliograficas* », XXV, n° 8, 1933).

GOLE (L.). — Affections des lèvres. (« *L'Encyclopédie médico-chirurgicale* », Dermatologie, fasc. 91, p. 11).

GOUGEROT. — Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie (Séance du 10 décembre 1936).

GOUGEROT et O. ELIASCHEFF. — Cheilite chronique hyperkératosique ponctuée. (« *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.* », 16 mars 1930, p. 112).

HARTZELL. — Soc. Derm. Philadelphie. (« *The Journal of cutaneous Diseases*, 1911, p. 449).

HARTZELL. — Cheilitis Glandularis. (« *American dermatol. Assoc. Congrès Atlantic City* », 16-18 juin 1919; « *Arch. of Derm. and. Syph.* ». N° 1, 3 janvier 1920, p. 104).

HECHT (H.). — Ein fall von Erblicher Schleimdrusen. Hypertrophie un mundes. (« *Arch. f. Dermo syph.* », CXXX, 1921, p. 301).

HOWARD FOX. — Cheilitis glandularis. (« *New-York Acad. of Médecine The Journal of cutaneous Diseases* », XXVII, 1909, p. 229).

JAMIESON (W. ALLAN). — Au sujet de quelques affections superficielles de la portion rouge des lèvres. (« *The British Medical Journal* », 7 déc. 1895, p. 1.410).

JORDAN et TARABUCHIN. — Über cheilitis exfoliativa und glandularis: (« *Dermatologische Zeitschrift* », LXX, h5, janv. 1935, pp. 249-259, Moscou).

LEBEDINSKY. — La cheilite glandulaire. (« *Revue de chirurgie dentaire et de stomatologie de Paris* », IX, N° 1, janv. 1935, p. 1).

LOPEZ CARRION. — Estados precancerosos del labio inferior. Queilitis glandular. (« *Odontologia clinica* », 1933, N° 6, p. 395).

MAC LEOD. — Un cas d'inflammation chronique de la lèvre, Roy. Soc. of Médecine, Londres, 1907. (« *The British Journal of Dermatology* », XIX, 1907, p. 388).

MAC LEOD. — Diseases of the Skin. (Lewis, London, 1920, p. 1.081).

MICKULICZ et KUMMEL. — Traité de Dermatologie. (« *Krankheiten des Mundes* », 1922, p. 217).

MORETTI. — La catocheilite des moissonneurs. (*Monographie du D^r PIERLEONI TOMMASOLI*, février 1887, Casa Edit. Francesco Vallardi, Corso Magenta, 48, Milan).

NEIRA FLOREZ (Hernando). — El caracter precanceroso de la queilitis glandular. (*Thèse pour le doctorat en odontologie et chirurgie dentaire, Faculté de Médecine de l'Université de Colombia*, 1936, tipografia latina, Bogota).

NEIRA FLOREZ (Hernando). — El caracter precanceroso de la queilitis glandular. (« *Odontologia y estomatologia Universitarias*, vol. II, N^{os} 4, 5, 6, avril, mai, juin 1936 ; Bogota, Columbia).

PERIN (L.). — Dermatoses pré-cancéreuses de la peau et des demi-muqueuses. (« *L'Encyclopédie médico-chirurgicale* », *Dermatologie*, fasc. 102, p. 6).

POLLITZER. — « *The Journal of cutaneous Diseases* », (XXVII, 1909, p. 229).

PRENANT, BOUIN et MAILLARD. — *Traité d'histologie*.

PRIRIGLE. — *Dermat. Soc. of London*, mars 1895. (*The British Journal of Dermatology*, 1895, p. 113).

PUENTE. — *Communication à la « Société Argentine de Dermatologie »*, août 1924.

PUENTE. — La queilitis glandular. (« *Revista de la Asoc. Arg. de Derm. y sífil* », 10 juin 1927, p. 146).

PUENTE. — La queilitis glandular simple y estados allegados. (*Monographie, Buenos-Aires*, 1934, imprenta Mercatali, Avenida acoyte 271, 72 pp.).

PUENTE. — « *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* », 14 novembre 1935.

- PUENTE et ACEVEDO. — La queilitis glandular. (« *Revista Medica Latino Americana* », févr. 1927, N° 137).
- PURDON (H.-S.). — Four cases of cheilitis glandularis. (« *The British Journal of Dermatology* », V, janvier 1893, p. 23).
- REYES DE LOS. — Cheilitis glandularis. (*Arch. of Derm. and. syph.*, 1933, I, p. 132).
- RUPPE (Ch.). — Semiologie des affections des lèvres. (« *Presse médicale* », 1^{er} avril 1936, pp. 553-554).
- SAINZ DE AJA. — Académie espagnole de Dermatologie. Session du 17 avril 1929. (« *Actas Dermo sifilograficas* », XXI, 1928-29, p. 505).
- SCHAMBERG. — Soc. Derm. Philadelphie. (« *The Journal of Cutaneous Diseases* », 1911, p. 449).
- SCHUMACHER. — Die Mundhöhle. (P. 7, in « *Handbuch der Mikroskopischen Anatomie des Menschen* », W. Möllendorf, Band 5, 1927).
- SÉZARY, HOROWITZ et GENET. — Cheilite du rouge. (« *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 12 déc. 1935, p. 1.747).
- SOLGER. — « *Dermat. Zentralbl.* », XVIII, 1915, p. 98 (cité par JADASSOHN).
- STALPARTIUS VAN DER WIEL. — Observationum rariorum centuria prior. (Obs. XIII, pp. 104-107, chez Pierre Van der Aa, Lugdunum Batavorum, Leyde, 1687).
- STELLWAGON (H.-W.) et GASKILL (H.-K.). — Traité de dermatologie (1923, 9^e édition, W.-S. Saunders Co. Philadelphie).
- SUTTON (R.-L.). — Cheilitis glandularis apostematosa. (« *The Journ. of Cutan. Dis.* », XXVIII, N° 4, avril 1909, p. 150).

SUTTON (R.-L.). — Cheilitis glandularis apostematosa.
(« *Unna's Festschrift*, 1910, p. 611).

SUTTON (R.-L.). — Cheilitis glandularis apostematosa.
(« *The Journ. Missouri Med. Assoc.* », 1911, p. 358).

SUTTON (R.-L.). — Cheilitis glandularis apostematosa.
(« *Intern. Clin.* », 1914, série 24).

SUTTON (R.-L.). — Diseases of the skin. (3^e édit., 1919,
Kimpton, London, p. 1.037).

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine. (Tome IV).

TOURAINÉ. — Les dermatoses du bord rouge des lèvres.
(« *Presse Médicale* », 26 févr. 1936, pp. 331-332).

TOURAINÉ et P. RENAULT. — Cheilite glandulaire de
VOLKMANN. (Forme abcédée avec épithélioma). (« *Bull.
Soc. fr. Derm. et Syph.* », 12 mars 1936, p. 687).

TOURAINÉ et SOLENTE. — Cheilite glandulaire (Ma-
ladie de VOLKMANN-BAELZ); adénomes de la lèvre infé-
rieure; état pré-cancéreux. (« *Bull. Soc. fr. Derm. et
Syph.* », 12 janv. 1933, p. 89).

TOURAINÉ et SOLENTE. — La cheilite glandulaire
(état pré-cancéreux de la lèvre inférieure). (« *Presse
Médicale* », 3 février 1934, N^o 10, p. 191).

TOURAINÉ et SOLENTE. — Cheilite glandulaire apos-
témateuse avec épithélioma spino-cellulaire. (« *Bull.
Soc. fr. Derm. et Syph.* », 8 févr. 1934, p. 256).

TOURAINÉ et SOLENTE. — Cheilites glandulaires.
(« *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.* », 8 nov. 1934, p.
1.682).

TOURAINÉ et SOLENTE. — La cheilite glandulaire; sa
fréquence; son ancienneté (une observation du xvii^e
siècle). (« *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.* », 9 mai 1935,
p. 777).

TOURAINÉ et SOLENTE. — La cheilite glandulaire.
(« *Synthèse* », N° 2, févr. 1936, p. 19).

TOURAINÉ, SOLENTE, SAMBRON et DUPERRAT.
Sept observations de cheilite glandulaire dont cinq avec
cancer. (« *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.* », 14 nov.
1935, p. 1-539).

UNNA (L.). — Über erkrankungen der schleundrusen des
mundes. (« *Monatshefte f. prakt. Dermat.* », XI, 1890,
p. 317).

UNNA (L.). — « *Festschrift, band I* », p. 661 (cité par
STELLWAGON).

VIGNE et BOYER. — Deux cas de cheilite du rouge.
(« *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.* », 1932, p. 363).

VOLKMANN (Richard). — Einige falle von. cheilitis
glandularis apostematosa. (« *Virchow' Archiv. f. path.
anat.* », 1870, fasc. I, 16 avril, pp. 142-144).

VOLKMANN (Richard). — A peculiar inflammation of
the lower lip. (« *Saint-Louis médical and surgical Jour-
nal* », 1871).

VOLKMANN (Richard). — A peculiar inflammation of
the lower lip. (« *The Journ. of. cutan. Medicine* », IV,
1871, p. 325).

WISE. — Cheilitis glandularis. (« *The Journal of cuta-
néous Diseases* », 1911, p. 504, Soc. Derm. Manhat-
tan).

WISE. — Cheilitis glandularis. (« *Arch. of. Derm. and.
Syph.* », I, avril 1920, n° 4, p. 468, Soc. Derm. Man-
hattan).

WISE. — Cheilitis glandularis apostematosa. (*Arch. of.
Derm. and Syph.* », t. XXIII, 1931, p. 816).

ZIMMERMANN. — Die speicheldrüsen der mundhöhle.
(P. 173, in « *Handbuch der Mikroskopischen Anatomie des Menschen* », W. Möllendorf, Band 5, 1927).

ZINSSER. — Handbuch der haut und geschlechtskrankheiten. (Traité de JADASSOHN, XIV^e livre, p. 91, Springer, Berlin, 1930).



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
Chapitre I: Définition	15
Chapitre II: Historique	17
Chapitre III: Etiologie	25
Chapitre IV: Etude clinique	33
a) Cheilite glandulaire simple ...	33
b) Cheilites suppurées	43
c) Cancers sur cheilites	49
Chapitre V: Anatomie pathologique	59
Chapitre VI: Diagnostic	67
Chapitre VII: Traitement	77
OBSERVATIONS	81
CONCLUSIONS	119
BIBLIOGRAPHIE	121

